Esiti di cifoplastica: infezione, rifrattura o necrosi asettica?

F. Giudici, A. Zagra

IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

ABSTRACT Kyphoplasty complication: infection, re-fracture or aseptic necrosis?

The present case report describes our experience of a rare complication of kyphoplasty in an osteoporotic vertebral fracture.

Introduzione

La vertebroplastica e la cifoplastica hanno avuto nell'ultimo decennio un ruolo importante nel trattamento dei cedimenti vertebrali. Essendo considerati interventi relativamente semplici, si è avuto un progressivo incremento del numero degli interventi eseguiti. In realtà le complicazioni possibili sono diverse: rifratture, infezioni, "fughe" del cemento, osteonecrosi. Il caso clinico presentato racchiude alcune possibili complicazioni che si possono avere con queste tecniche chirurgiche.

Fig. 1. Quadro radiologico pre-operatorio

Caso clinico

B.S., paziente di 70 anni, si è stata ricoverata per un dolore al passaggio dorso-lombare ingravesciente e invalidante da oltre 2

mesi, insorto dopo un trauma a bassa energia. In anamnesi viene segnalata la presenza di diabete mellito non insulino-dipendente, ipertensione arteriosa, osteopo-

Fig. 2. Trattamento di cifoplastica

rosi (non in terapia), BPCO e aritmie cardiache. Le condizioni generali appaiono modeste. Le immagini radiologiche (Rx e RMN) mostrano una "wedge fracture" ("inferior") della XII D Tipo

PCR). Al controllo radiografico e RMN emerge un quadro di dubbia spondilodiscite.

Dalla letteratura [1-3] si evidenzia come siano ipotizzabili alme-

Fig. 5. Follow-up a 7 anni

Fig. 3. Controllo a 3 mesi

Fig. 4. Artrodesi vertebrale strumentata X D - II L

Al.2 secondo la classificazione delle fratture di Magerl (Fig. 1). Per la scarsa tolleranza ai corsetti e l'importante sintomatologia dolorosa, si decide di eseguire in anestesia generale un trattamento di cifoplastica (Fig. 2). Qualche ora dopo l'intervento la paziente presenta un arresto respiratorio, che costringe al ricovero in terapia intensiva per 3 giorni. Al ritorno nel reparto di degenza, la paziente accusa un intenso dolore al passaggio dorso-lombare e iperpiressia, con un modesto rialzo degli indici di flogosi (VES-

F. Giudici

no 3 cause etiopatogenetiche: una spondilodiscite acuta, una recidiva del cedimento vertebrale o una osteonecrosi asettica post-chirurgica, che nel caso specifico sembra essere l'ipotesi più plausibile. Si decide di eseguire inizialmente un trattamento conservativo con corsetto rigido a tre punti e terapia antibiotica. Dopo 3 mesi, la persistenza della sintomatologia dolorosa e la progressiva insorgenza di disturbi neurologici compressivi (Fig. 3) inducono a eseguire un trattamento chirurgico di decompressione e di artrodesi vertebrale strumentata X D - II L (Fig. 4). Al follow-up a 7 anni la paziente lamenta lieve dolore lombare, completa regressione della sintomatologia neurologica e un quadro radiologico di accettabile guarigione (Fig. 5).

Conclusioni

La vertebroplastica e la cifoplastica sono interventi che possono avere complicazioni anche severe ed è opportuna perciò la prudenza e l'attenzione nell'esecuzione che viene riservata a interventi cosiddetti maggiori.

Bibliografia

1. Walker DH, Mummaneni P, Rodts GE Jr (2004) Infected vertebroplasty. Report of two cases and review of the literature. *Neurosurg Focus* 17:E6
2. Heo Dh, Chin DH, Yoon YS, Kuh SU (2009) Recollapse of previous vertebral compression fracture after percutaneous vertebroplasty. *Osteoporos Int* 20:473-480
3. Mueller M, Daniels-Wredenhagen M, Besch L et al (2009) Postoperative aseptic osteonecrosis in a case of kyphoplasty. *Eur Spine J* 18[Suppl. 2]:213-216

Shoulder Instability Alternative Surgical Techniques

Di Giacomo, G. • Costantini, A.
De Vita, A. • De Gasperi, N. (Eds.)
© Springer 2011
Hardcover, 220 p. 100 illus. in color.
ISBN 978-88-470-2034-4
Euro 145,55

For orders: www.springer.com