



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-030 - DEFORMIDAD CIFÓTICA CERVICAL SECUNDARIA A OSTEORADIONECROSIS. REPORTE DE CASO CON 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Carrascosa Granada, I. Domínguez, M. Gómez Serrano, J. Jimeno, R. Pérez Alfayate, J.P. Castaño, P.A. Lera ± J.A. Barcia Albacar

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La osteorradionecrosis cervical (ORN) es una complicación poco frecuente de la radioterapia (RT). Puede cursar con osteomielitis, discitis o absceso epidural espinal y causar inestabilidad cervical o compresión medular. El manejo quirúrgico tiene un alto riesgo de complicaciones infecciosas y mecánicas.

Caso clínico: Varón 61 años con carcinoma de laringe tratado con RT en el 2015. En mayo 2019 presenta odinofagia severa sin déficit neurológico. Se evidenció absceso retrofaríngeo, fistula faríngea y espondilodiscitis C5-C6 manejado con antibioterapia. En junio 2020 se evidencia colapso discal C5-C6 con deformidad cifótica cervical (DCC) por lo que se realiza corporectomía C5-C6 con colocación de cilindro-placa cervical anterior, no recibió terapia hiperbárica concomitante por la pandemia COVID-19. En julio 2021 es intervenido mediante fijación cervicodorsal (FCD) C2-D2 debido a un empeoramiento de la cifosis. Tres meses después presenta disfagia incapacitante y desnutrición, objetivándose una fistula faríngea por defecto posterolateral de la faringe con exposición de la placa cervical anterior. Se reinterviene, extrayendo el cilindro-placa y realizando cierre de faringe con colgajo muscular de esternocleidomastoideo, y, colocación de gastrostomía percutánea. Se inyectaron 40 unidades de toxina botulínica en las glándulas submandibulares para reducir la salivación y favorecer la cicatrización. El paciente no presentó ninguna complicación posoperatoria, confirmando en el 2022 ausencia de fistulización faríngea. Actualmente presenta fusión lateral a nivel C5-C6 sin empeoramiento de cifosis cervical.

Discusión: En pacientes con inestabilidad y/o compresión medular por ORN, la cirugía correctiva es mandatoria, siendo la estabilización posterior la más aceptada por las complicaciones asociadas a la vía anterior en tejidos radiados previamente, o en caso de requerir soporte anterior se prefiere la utilización de colgajos óseos vascularizados, asociados a terapia hiperbárica de oxígeno que favorezca el proceso de cicatrización.