



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

V-006 - DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA ENDONASAL EN ESTENOSIS DE UNIÓN CRANEOCERVICAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE: ANATOMÍA Y PASOS CLAVE

P. García Feijoo, C. Alfonso Carrillo, B. Mateos Serrano, J. Giner García, C. Pérez López

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La estenosis de la unión craneocervical en pacientes con artritis reumatoide es poco común pero relevante. Los síntomas neurológicos varían según el grado de compresión medular, requiriendo en casos severos fijación y descompresión como tratamiento óptimo. Las compresiones anteriores pueden necesitar descompresión ventral endoscópica tras la fijación por vía posterior.

Objetivos: Presentar un caso de estenosis craneocervical tratado mediante descompresión endoscópica endonasal, destacando consideraciones anatómicas, limitaciones técnicas y estructuras en riesgo.

Métodos: Se describe el caso de una mujer de 60 años con artritis reumatoide y signos de inestabilidad de la charnela occipital. Los síntomas incluían dolor cervical y parestesias, con empeoramiento progresivo y algunas alteraciones leves en las pruebas neurofisiológicas. La RM mostraba estenosis y compresión a nivel cervicobulbar. Se realizó una fijación C0-C3 transpedicular seguida de descompresión endoscópica ventral transclival y transodontoidea. Se realizó angioTC prequirúrgico y se utilizó neuronavegación intraoperatoria.

Resultados: La descompresión endoscópica respetó las estructuras en riesgo, respetando las aproximadas carótidas parafaríngeas a nivel de C1 y descomprimiendo el foramen magno anterior. Para la reconstrucción dural se empleó un *flap* nasoseptal pediculado sin evidenciarse fístula de LCR u otras complicaciones locales. No hubo empeoramiento clínico posoperatorio y el TC de control mostró descompresión satisfactoria, acompañándose de mejoría clínica.

Conclusiones: Destacamos la seguridad y utilidad de la endoscopia endonasal para estenosis craneocervicales sintomáticas tras someterse a la fijación posterior, en la que existe evidencia de compresión anterior. El estudio anatómico prequirúrgico es fundamental para evaluar estructuras en riesgo.