



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-034 - FRACTURA Y LUXACIÓN CERVICAL EXTREMA EN PACIENTE AFECTO POR ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO ANTERIOR Y POSTERIOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

J.A. Ruiz Ginés¹, J. Cerón Daza¹, G.A. Roa López¹, H. Benito Naverac¹, M.A. Ruiz Ginés², J.B. Calatayud Pérez¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España; ²Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Introducción: La espondilitis anquilopoyética (EsA) es una espondiloartritis raquídea, progresiva e incapacitante. La inflamación crónica en discos intervertebrales, ligamentos, tendones y cápsula articular induce extensa osificación, fusión vertebral e incremento de la rigidez/fragilidad ósea. Presenta correlación con el gen del HLA-B27 (prevalencia del 5-6% entre portadores). Prevalencia en Europa, del 0,05-1,4%, predominando en hombres (4:1). Cursa con raquialgia crónica (cervicalgia, particularmente), insidiosa, de características inflamatorias, predominio nocturno, con inicio 40 años, mejorando con el ejercicio. En fases avanzadas, limita la motilidad raquídea, produciendo anomalías posturales (flexión cervical, hipercifosis torácica, pérdida de lordosis lumbar y deformidades en caderas). Presentamos el caso de EsA y fractura vertebral cervical (C5), con luxación cervical extrema, describiendo un abordaje quirúrgico combinado (anterior-posterior).

Caso clínico: Varón de 66 años, diagnosticado de EsA (HLA-B27+) valorado tras caída accidental, complicado con imposibilidad para la movilización cervical, sin focalidad neurológica concomitante. Estudios radiológicos urgentes (body-TAC y RMN cervical): Fractura vertebral transversal C5, grave distracción craneocaudal (15 mm), mielopatía C4-C6 y hematoma epidural anterior C5-C7. Tratamiento quirúrgico: Combinado, tras reducción mecánica, bajo monitorización neurofisiológica. Primero, artrodesis cervical anterior con placa C3-C7. Posteriormente, abordaje posterior a masas laterales C3-C6 y laminectomía. Estudios neurorradiológicos posquirúrgicos: Adecuada reducción de la fractura y normoposición de artrodesis.

Discusión: La rigidez axial, osteoporosis vertebral y fragilidad ósea subyacentes, inducen una cifosis progresiva de la CC, quedando inclinada hacia adelante, favoreciendo su fractura por traumatismos leves-hiperextensión. Son fracturas inestables implicando las 3 columnas vertebrales, con alta probabilidad de dislocación y focalidad neurológica. Afectan, predominantemente, al segmento C5-C7 y su trazo discurre próximo al disco intervertebral. Riesgo de pseudoartrosis con los tratamientos conservadores (collarín cervical rígido, tracciones...), existiendo controversia sobre el método quirúrgico electivo. Abogamos por abordaje combinado anterior/posterior, permitiendo mayor descompresión del canal, mayor fijación de las tres columnas vertebrales y mayor capacidad potencial de mejoría neurológica.