



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0330 - SÍNDROME DE LA APÓFISIS ODONTOIDES CORONADA

S. Gayoso García, C. Bravo García, D. Castro Bouzas, J. Saldivar Gómez, A. Castro Díaz, M. Díaz Anitua y J.M. Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España.

Resumen

Objetivos: Revisión de síndrome de la apófisis odontoides coronada a propósito de un caso.

Métodos: Varón de 81 años con clínica progresiva de 2 meses de evolución de alteraciones sensitivas en hemisferio izquierdo y dificultad para la marcha. No fiebre ni antecedente traumático. Como antecedente relevante portador de marcapasos por bloqueo AV incompatible con resonancia magnética. En la exploración neurológica destaca aumento de la base de sustentación, hemihipoestesia y reflejos osteotendinosos exaltados en hemisferio izquierdo. El TAC cervical demuestra gran tumoración en localización retroodontoides parcialmente calcificada con impronta significativa de unión bulbomedular, realce periférico con contraste a modo de "cola dural" dando posibilidades diagnósticas de meningioma o pseudotumor inflamatorio.

Resultados: Dada la imposibilidad de realizar una RMN complementaria y la edad del paciente, se decide como primer tiempo quirúrgico asegurar diagnóstico anatómo-patológico mediante abordaje posterior realizándose apertura de agujero magno y laminectomía c1-c2-c3, apertura dural posterior con identificación de estructuras nerviosas y vasculares, sección de ligamentos dentados y apertura dural anterior con exposición de lesión encapsulada de contenido mucoso que se vacía. Se finaliza con una fijación occípito-cervical a masas laterales c3-c4-c5. No complicaciones posquirúrgicas. El resultado anatómo-patológico diagnostica pseudotumor condroide con depósitos cálcicos. Se decide tratamiento médico y rehabilitador con adecuada evolución clínica.

Conclusiones: El síndrome de la apófisis odontoides coronada o pseudogota cervical descrito por primera vez en 1985 por Bouvert et al hace referencia a un síndrome clínico-radiológico cuya causa es el depósito de cristales cálcicos (generalmente pirofosfato) en los tejidos blandos en torno a la apófisis odontoides. Clínica variable desde asintomáticos a cervicalgia, asociada o no a rigidez de nuca y fiebre. La mayoría presentan buena evolución con tratamiento médico (AINes y/o corticosteroides). Las complicaciones neurológicas en forma de mielopatía cervical o inestabilidad atlanto-axoidea son infrecuentes y raramente requieren abordaje quirúrgico.