



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.