

FRACTURA VERTEBRAL CERVICAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BECHTEREV. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ivan Dot Pascuet, Carlos José Paniagua, Carolina López Navarro, Joan S. Escala Arnau, Alfredo Rodríguez Gangoso

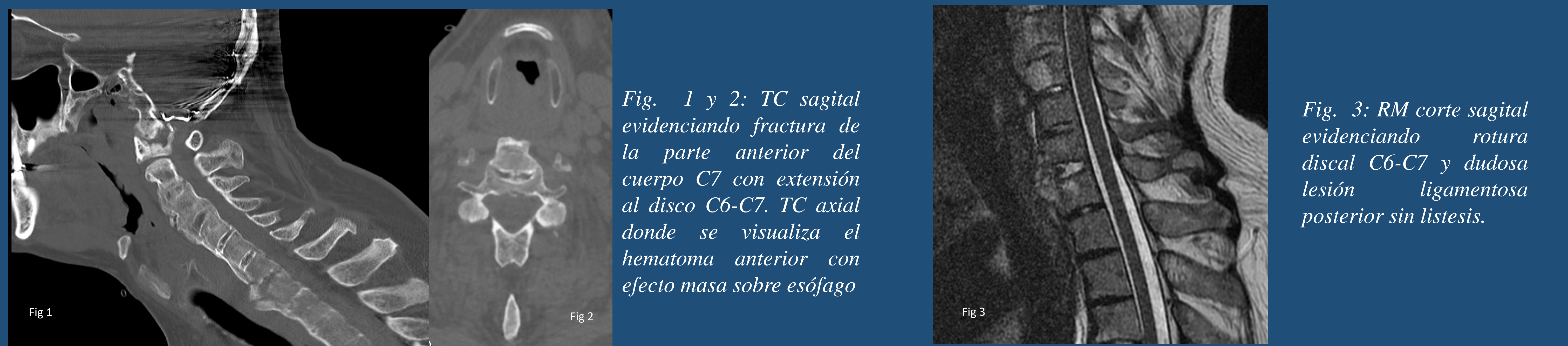
Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

Introducción

La espondilitis anquilosante es una enfermedad autoinmune caracterizada por una inflamación crónica que en casos avanzados puede comportar la fibrosis y calcificación de las articulaciones facetarias y tejidos blandos circundantes, resultando en la pérdida de flexibilidad y fusión espinal. Los pacientes con espondilitis anquilosante tienen una incidencia de fracturas vertebrales superior a la población en general, sobre todo columna cervical. Estas son inestables siendo un reto terapéutico por las características inherentes del paciente a causa de la osteoporosis y fragilidad, sin olvidar el potencial riesgo neurológico

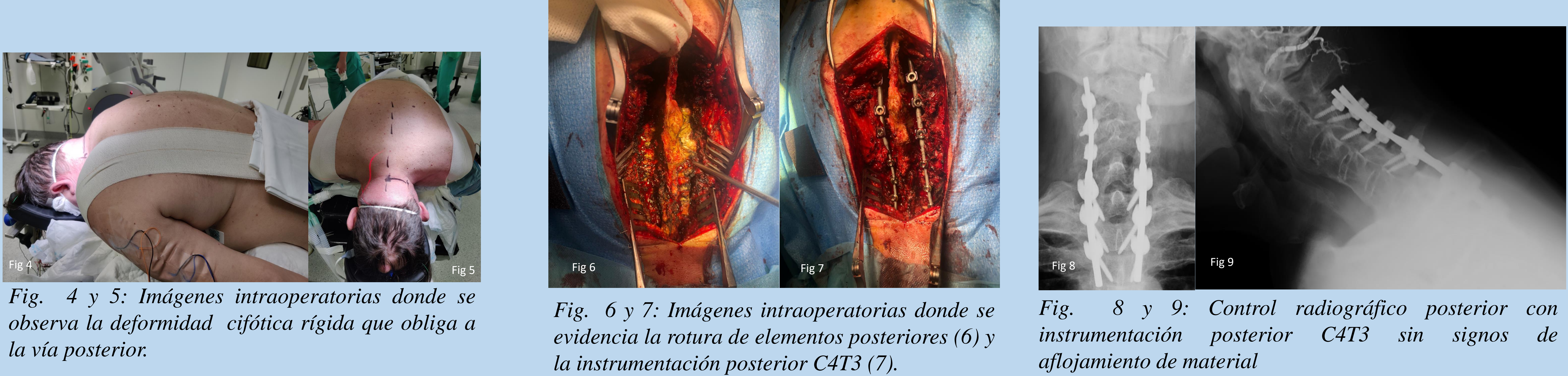
Material y métodos

Hombre 55 años con espondilitis anquilosante que acude a urgencias por disfagia y disnea de 10 días de evolución a raíz de caída por precipitación de un objeto pesado encima provocando una hiperextensión cervical. A su llegada presenta estridor laríngeo con saturación de O2 del 92%. No focalidades neurológicas (ASIA E). Se inicia oxigenoterapia, corticoterapia y adrenalina intramuscular. La TC evidencia columna rígida con rectificación severa de la lordosis asociando fractura de la parte anterior del cuerpo de C7 con extensión al disco C6-C7 y hematoma anterior ejerciendo efecto masa sobre esófago. En la RM se observa fractura anterior de C7 que se extiende a través del disco C6-C7 con dudosa lesión ligamentosa posterior sin listesis y hematoma prevertebral. Se clasifica la fractura como AO C6-C7 B2(N0, M3) y SLICS 5.



Resultados

Debido a la deformidad cifótica rígida causada por la espondilitis se decide vía posterior con instrumentación C4-T3. La neuromonitorización muestra unos potenciales somatosensoriales de extremidades inferiores basales de larga latencia pero con estabilidad durante toda la cirugía al igual que el resto de vías nerviosas monitorizadas. Cursa con un postoperatorio sin incidencias mejorando la disfagia. En los controles postoperatorios al año presenta resolución completa de la disfagia, ausencia de clínica neurológica así como de dolor axial. En la radiología se consigue la fusión vertebral sin signos de aflojamiento ni movilización del material.



Conclusiones

En este caso se demuestra que un abordaje posterior es una buena alternativa de tratamiento en cuanto a una fractura vertebral inestable en un paciente con cifosis severa. Consiguiéndose una correcta estabilización y fusión vertebral además de una mejoría de la disnea y disfagia sin alteraciones neurológicas asociadas.

- Heyde C-E, Fakler JK, Hasenboehler E, et al. Pitfalls and complications in the treatment of cervical spine fractures in patients with ankylosing spondylitis. *Patient Saf Surg.* 2008;2(1):1-9. doi:10.1186/1754-9493-2-15
- Takahashi H, Aoki Y, Nakajima A, Nakagawa K, Takahashi K. Management of spinal fractures in ankylosing spondylitis. *Ankyl Spondylitis Symptoms, Treat Potential Complicat.* 2013;2011:67-78. doi:10.5402/2011/150484
- Reinhold M, Knop C, Kneitz C, Disch A. Spine Fractures in Ankylosing Diseases: Recommendations of the Spine Section of the German Society for Orthopaedics and Trauma (DGOU). *Glob Spine J.* 2018;8(2_suppl):56S-68S. doi:10.1177/2192568217736268
- Kanter AS, Wang MY, Mummaneni P V. A treatment algorithm for the management of cervical spine fractures and deformity in patients with ankylosing spondylitis. *Neurosurg Focus.* 2008;24(1). doi:10.3171/FOC/2008/24/1/E11