

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS

Las **columnas anquilosadas** en pacientes con espondilitis anquilosante o hiperostosis esquelética idiopática difusa tienen mayor riesgo de fractura incluso ante traumatismo menor, debido a la osteoporosis y al aumento de la rigidez y del brazo de palanca por la fusión de los cuerpos vertebrales.

Las fracturas vertebrales en columnas anquilosadas suelen ser inestables debido a la fractura de los ligamentos también osificados. Debido a la inestabilidad y posible presencia de daños neurológicos primarios o secundarios, se recomienda realizar una fijación y estabilización quirúrgica.

En estos pacientes, con hueso osteoporótico, se recomienda aumentar los niveles de fijación para distribuir las cargas. En la columna toracolumbar se recomienda realizar una instrumentación posterior incluyendo 2 - 3 niveles por encima y por debajo de la fractura. Además, se recomienda el uso de tornillos pediculares cementados, que producen mayor agarre y tienen menores tasas de arrancamiento del tornillo.

OBJETIVO

El **objetivo** es presentar un caso de fractura vertebral inestable en paciente con columna anquilosada con buen resultado tras fijación vertebral posterolateral.

CASO CLÍNICO

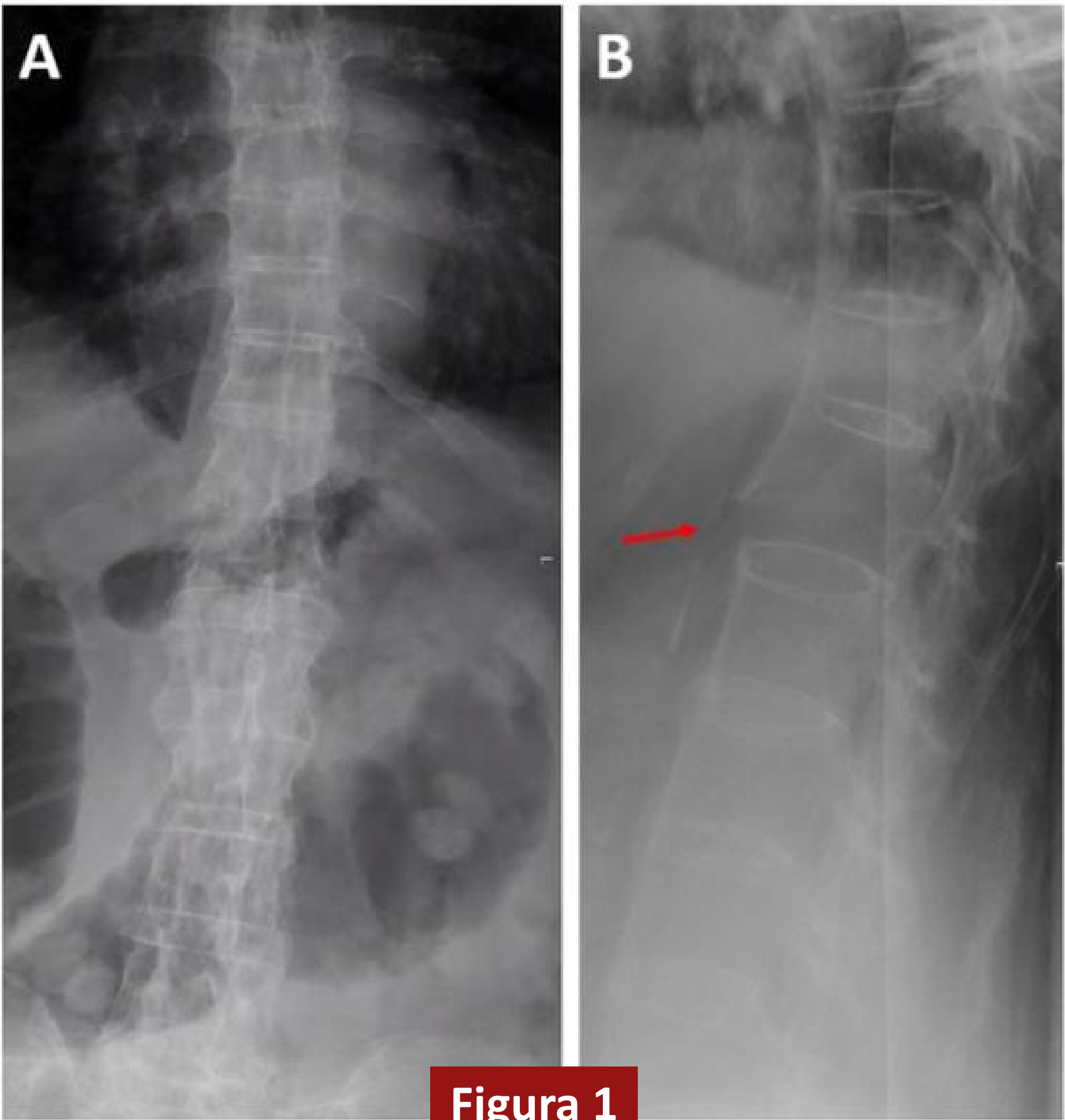


Figura 1

Paciente varón de 92 años con dolor dorsolumbar incapacitante tras caída accidental. Situación basal previa con dificultad para movilizar miembros inferiores y limitación para la deambulación.

A la exploración no presenta irradiación del dolor a miembros inferiores ni signos de alarma. En la **radiografía** de urgencias (*Figura 1*) se observa espondilitis anquilosante no conocida previamente y alteración de la alineación sagital en T12 compatible con fractura por distracción. Se realiza **TC** (*Figura 2*) donde se evidencia fractura del cuerpo vertebral de T12 con extensión al muro posterior, ambos pedículos y faceta derecha y disrupción al mismo nivel del ligamento longitudinal anterior y del interespinoso calcificados, compatible con fractura inestable, en paciente con signos de espondilitis anquilosante.

Se realizó **tratamiento quirúrgico** mediante abordaje posterior a columna dorsolumbar y fijación vertebral con instrumentación posterior desde T9 hasta L3 con tornillos pediculares cementados sin incluir el nivel de fractura (*Figura 3*).

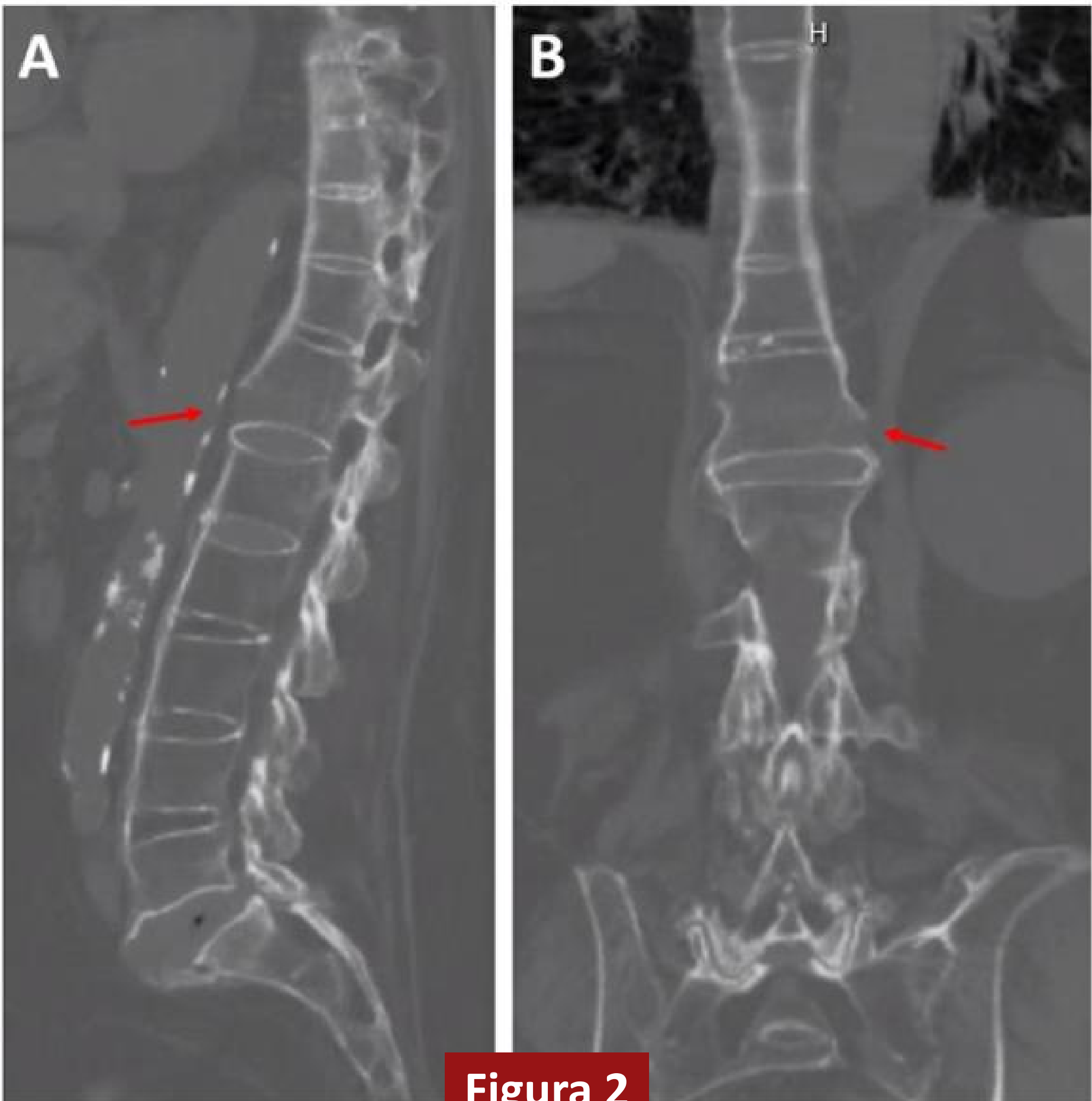


Figura 2

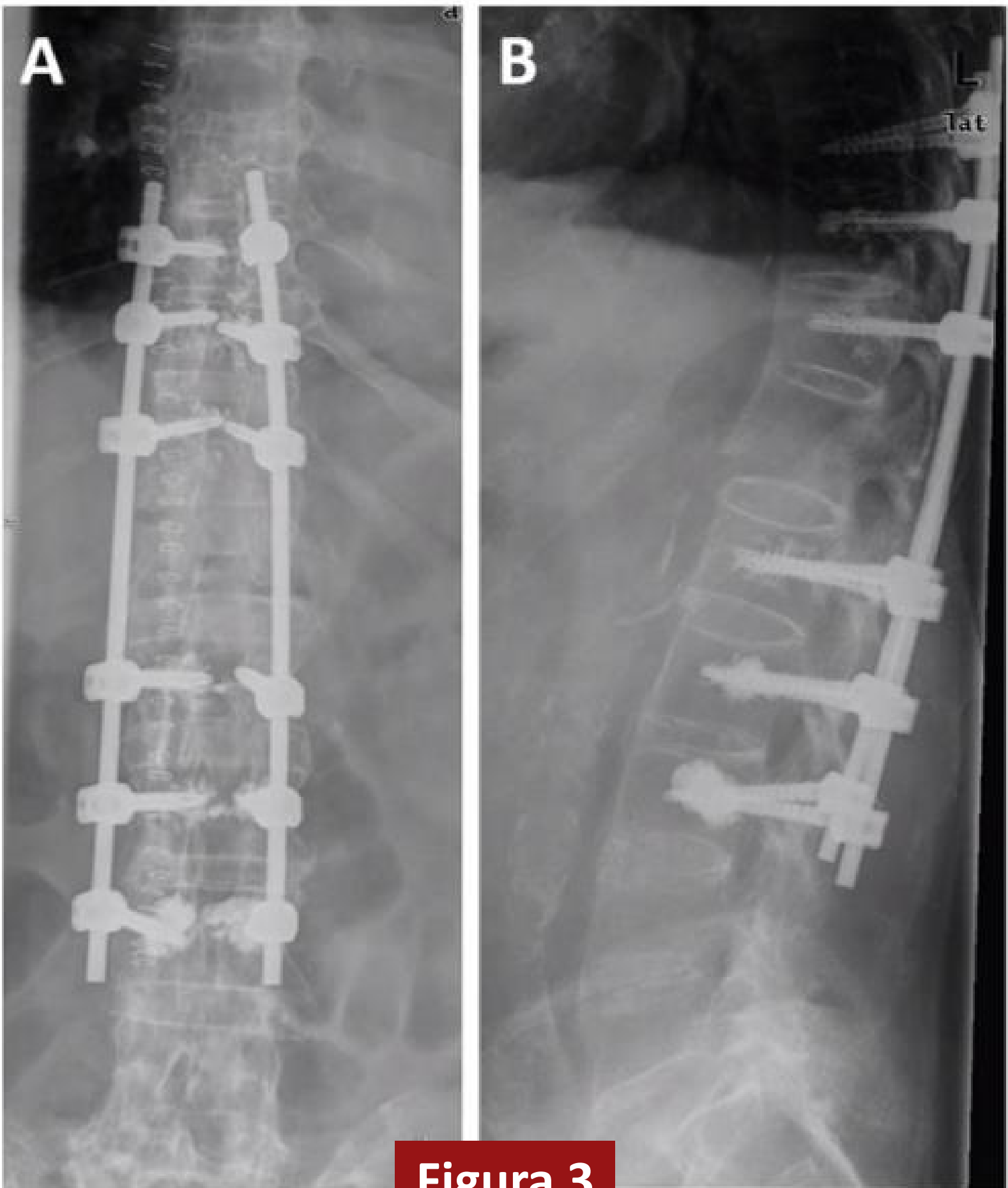


Figura 3



Figura 4

RESULTADOS

Tras 4 meses de evolución se observa consolidación de la fractura vertebral, sin cambios en la alineación sagital (0,4º) respecto a la reducción postquirúrgica (*Figura 4*). El paciente está realizando rehabilitación, con sedestación sin dolor y vuelta a su movilidad basal previa a la fractura.

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de las fracturas vertebrales en pacientes con columna anquilosada produce una mejoría en la calidad de vida, disminuyendo el dolor y las complicaciones neurológicas secundarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.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). Global Spine J. 2018;8(2 Suppl):56S-68S.
- 2.Rustagi T, Drazin D, Oner C, et al. Fractures in Spinal Ankylosing Disorders: A Narrative Review of Disease and Injury Types, Treatment Techniques, and Outcomes. J Orthop Trauma. 2017;31 Suppl 4:S57-S74.
- 3.Mathews M, Bolesta MJ. Treatment of spinal fractures in ankylosing spondylitis. Orthopedics. 2013;36(9):e1203-e1208.
- 4.Saadeh YS, Swong KN, Yee TJ, et al. Effect of Fenestrated Pedicle Screws with Cement Augmentation in Osteoporotic Patients Undergoing Spinal Fusion. World Neurosurg. 2020;143:e351-e361.