

PARESIA DE VI PAR SECUNDARIA A PSEUDOMENINGOCELE TRAS ARTRODESIS CERVICAL POSTERIOR

Hernández Mateo JM, Igualada Blázquez C, Flores Gallardo J, Riquelme García O, Esparragoza Cabrera LA

INTRODUCCIÓN

La fuga de LCR constituye una complicación frecuente y habitualmente autolimitada, tras realizar una artrodesis cervical por vía posterior. Sin embargo, ésta puede conllevar una parálisis del VI par secundaria a hipotensión intracraneal. Existen sólo 6 casos descritos en la literatura tras cirugía de columna, algunos de ellos tras tracción craneal excesiva o sobredistracción vertebral.

Nosotros presentamos el primer caso descrito hasta la fecha de parálisis del VI par secundaria a hipotensión intracraneal por fuga de LCR.

El objetivo de este estudio es subrayar la importancia de incluir la parálisis del VI par causada por fuga de LCR y pseudomeningocele, en el diagnóstico diferencial de un paciente con diplopía tras cirugía de columna cervical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 65 años, diagnosticado de estenosis degenerativa de canal cervical con mielopatía, en el que se realizó laminectomía descompresión C5-C6 con artrodesis C3-T2, sin complicaciones intraoperatorias.

En una segunda visita, dos meses tras la cirugía, el paciente refiere una historia de dos semanas de diplopía, sin otros síntomas acompañantes. La exploración física mostraba una colección fluctuante, de características no inflamatorias, bajo la cicatriz de la herida, la cual no presentaba dehiscencia u otros signos de infección. En el examen neurooftalmológico, se evidenció una limitación (Grado -2) de la abducción de la ojo izquierdo con endotropía de 10 grados en el test de Hirschberg.

Se realizó RMN cerebral, la cual no reveló hallazgos patológicos. La RMN cervical mostraba la presencia de una colección y dehiscencia de planos profundos, compatible con un pseudomeningocele.

De acuerdo con el paciente y dado el tiempo de evolución y la ausencia de datos clínicos o radiológicos de infección o hipotensión intracraneal, se decidió por realizar tratamiento conservador.



RMN preoperatoria, mostrando estenosis de canal severa y signos de mielopatía.

RESULTADOS

En las siguientes revisiones, el paciente experimentó una mejoría progresiva de la paresia con desaparición de la limitación a la abducción y de la endotropía en posición primaria de la mirada. En este momento, seis meses tras la cirugía, el paciente se encuentra asintomático y ha recuperado su vida basal previa.

No existe evidencia de afectación neurológica, y el tamaño de la colección ha disminuido considerablemente. No existen signos de infección de la herida quirúrgica. En RMN de control, se evidencia discreta mejoría de la colección y no se han objetivado nuevas complicaciones.



RMN tras 10 semanas de la cirugía, observándose la colección y dehiscencia de planos profundos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La parálisis del VI par es la más frecuente de todos los pares craneales, la cual cursa con diplopía sin ningún otro signo o síntoma acompañante. Ha sido descrita tras cirugía torácica o lumbar, y tras cirugía cervical secundaria a tracción craneal excesiva o sobredistracción vertebral.

Además, ha sido descrita como complicación tras realizar una punción lumbar, o espontáneamente debido a patología degenerativa o hernia discal intradural, todas ellas secundarias a fuga de líquido cefalorraquídeo. Este nervio es el que posee el mayor trayecto intracraneal, y es especialmente vulnerable a este tipo de lesiones, en las que la hipotensión intracraneal condiciona tracción cerebral caudal.

Por ello, el cirujano de columna debe estar alerta de situaciones que puedan comprometer la vida del paciente, cuando éste tras la cirugía comience con diplopía o cualquier otro síntoma neurológico. Este hallazgo puede estar asociado a hematoma subdural y subsecuente herniación transtentorial, por lo que se hace imprescindible realizar resonancia magnética, tanto cervical como craneal, así como valoración por Oftalmología y Neurología.

Al existir tan pocos casos descritos, no existe evidencia acerca de cuál es la mejor opción de tratamiento. En este caso, al tratarse de clínica no progresiva y de etiología subaguda, se optó por su manejo de forma conservadora. El tratamiento quirúrgico, consistente en revisión de la herida quirúrgica y cierre de la fístula dural, debería realizarse cuando exista sintomatología neurológica en los primeros días postoperatorios, cuando exista patología intracraneal demostrable por RM o ante sospecha de infección de la herida quirúrgica.

En conclusión, la parálisis del VI par secundaria a hipotensión intracraneal y fístula de LCR es una complicación rara, y su tratamiento ha de ser individualizado. El manejo puede ser conservado si la diplopía es el único signo o síntoma neurológico y si no existe sospecha de infección de la herida quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Witiw C, et al. Surgical treatment of spontaneous intracranial hypotension secondary to degenerative cervical spine pathology: a case report and literature review. Eur Spine J. 2012 Jun 21. Suppl 4:S422-7.
2. Sikora-Klak, et al. Dural tears. Semin Spine Surg. 2019 Dec 2019; 31(4).
3. Nakagawa H, et al. Abducens nerve palsy as a rare complication of spinal surgery: a case report. J Orthop Sci. 2003;8(6):869-71.
4. Kim J-Y, et al. Diplopia developed by cervical traction after cervical spine surgery. Yeungnam Univ J Med. 2021 Apr;38(2):152-156.