



Caso clínico

Pseudotumor retroodontoideo en un paciente con hiperostosis esquelética idiopática difusa

Julián Castro-Castro*, Daniel Castro-Bouzas, Alfonso Pinzón-Millán y Ana Pastor-Zapata

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de octubre de 2012

Aceptado el 8 de enero de 2013

On-line el 1 de marzo de 2013

Palabras clave:

Hiperostosis esquelética idiopática difusa

Pseudotumor retroodontoideo

Mielopatía

Fijación occipitocervical

Keywords:

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis

Retro-odontoid pseudotumor

Myelopathy

Occipito-cervical fusion

RESUMEN

El pseudotumor retroodontoideo es una lesión provocada por granulación inflamatoria o por hipertrofia de partes blandas asociado a inestabilidad atloaxoidea crónica. Sin embargo, cerca de un tercio de los casos recogidos en la literatura no demostraron claramente esta inestabilidad.

Los autores exponen el caso de un hombre de 76 años, previamente diagnosticado de hiperostosis esquelética idiopática difusa, que presenta un cuadro de mielopatía severa progresiva. Las imágenes de resonancia magnética de la columna cervical mostraron una masa predural retroodontoidea con compresión marcada del cordón medular. Se realizó laminectomía del atlas y fusión occipitocervical. Tras la cirugía el paciente mejoró significativamente y se redujo el tamaño del pseudotumor.

© 2012 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Retro-odontoid pseudotumor in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis

A B S T R A C T

Retro-odontoid pseudotumors are lesions caused by inflammatory granulation or reactive soft tissue hypertrophy from chronic atlantoaxial subluxation. However, one-third of the cases reported in the medical literature did not show atlantoaxial instability clearly.

The authors present the case of a 76-year-old man previously diagnosed with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis who presented with severe progressive myelopathy. A magnetic resonance imaging of his cervical spine revealed a retro-odontoid predural mass, which caused a severe compression of the cervical spinal cord. The patient underwent a posterior laminectomy of the atlas and an occipitocervical fusion. After surgery, the pseudotumor was considerably smaller and the neurological symptoms improved.

© 2012 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliancastrocastro@yahoo.es (J. Castro-Castro).

Introducción

La hiperostosis esquelética idiopática difusa (HEID) o enfermedad de Forestier es una enfermedad sistémica con tendencia a la afectación de la porción anterolateral de cuerpos vertebrales contiguos. Estos van a presentar una calcificación marcada del ligamento longitudinal común anterior (LLCA) en ausencia de fusión de la articulación sacroilíaca, degeneración discal significativa o anquilosis de las articulaciones zigoapofisarias^{1,2}.

Los síntomas más comunes de la enfermedad de Forestier asociados a la osificación del LLCA son la disfagia y la disnea progresivas por compresión esofágica y traqueal, respectivamente. La presencia de síntomas neurológicos es infrecuente, y en los casos en que se presenta como mielopatía cervical, esta se debe habitualmente a hipertrofia de los ligamentos amarillos provocando estenosis cervical o dorsal secundaria^{1,3}.

Los pseudotumores retroodontoides son masas reactivas fibrocartilaginosas o inflamatorias que se forman por detrás de la apófisis odontoides, clásicamente asociados a la subluxación atloantoaxial crónica presente en la artritis reumatoide^{2,4,5}.

El propósito del presente trabajo es presentar un caso excepcional de pseudotumor retroodontoides asociado a HEID que provoca mielopatía cervical compresiva, así como discutir su fisiopatología y las opciones de tratamiento.

Caso clínico

Historia clínica, examen físico y pruebas complementarias

Paciente varón de 76 años, con antecedente de hipertensión arterial, hipertrofia prostática benigna y exfumador. Diagnosticado de HEID años atrás a raíz del estudio de varios episodios de cervicalgia (fig. 1). Presenta un cuadro progresivo de 3 meses de evolución de dificultad para la deambulación y torpeza en ambas manos para realizar sus actividades cotidianas.

En el momento del ingreso presenta tetraparesia espástica con fuerza 4/5 en las extremidades superiores y 4-/5 en las inferiores (según la escala del *Royal Medical Research Council*, Reino Unido). Hiperreflexia en las 4 extremidades, signo de Babinski izquierdo con reflejo cutáneo plantar indiferente en el pie derecho. El examen sensitivo demostró hipoestesia táctil fina y disminución de la sensibilidad vibratoria por debajo del dermatoma D1. Función esfinteriana conservada.

Los estudios de laboratorio fueron negativos para artritis reumatoide, con velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva normales y sin otros datos sugestivos de reacción inflamatoria.

El estudio de imagen mediante resonancia magnética (RM) cervical demostró una masa en la región retroodontoides, isoseñal en secuencias T1 y T2, sin realce y con marcada compresión medular a ese nivel (fig. 2A). La sospecha diagnóstica ante estos hallazgos fue de pseudotumor retroodontoides.

Las radiografías dinámicas demostraron pérdida de movilidad desde C2 a C7, sin evidencia de inestabilidad atloaxoidea.



Figura 1 – Radiografía simple en la que se demuestra la calcificación anterior desde C2 a C7 con altura de espacio intervertebral respetado. Hallazgos compatibles con hiperostosis esquelética idiopática difusa con afectación cervical.

Intervención quirúrgica

Se empleó un abordaje cervical vía posterior. El paciente fue intubado mediante fibrobroncoscopio. La cirugía se realizó con monitorización intraoperatoria con potenciales evocados somatosensoriales y con el empleo de la tomografía computarizada de haz cónico intraoperatoria (sistema O-arm®, Medtronic Sofamor Danek, Minneapolis, EE.UU.) y neuronavegación. Se resecó la lámina de la vértebra C1 y posteriormente se realizó fijación occipitocervical instrumentada de C0 a C4 (sistema Vertex Max®, Medtronic, Sofamor Danek, Minneapolis, EE.UU.) con tornillos transpediculares en C2 y a masas laterales en C3 y C4, con autoinjerto óseo.

Evolución postoperatoria

No hubo complicaciones posquirúrgicas a destacar. El paciente llevó durante 2 meses una ortesis occipitocervical de termoplástico. Inició el tratamiento rehabilitador en el postoperatorio inmediato, con progresiva mejoría de la fuerza en las 4 extremidades.

A los 6 meses de la intervención el paciente presenta fuerza normal, sin nivel sensitivo evidente y con persistencia de hiperreflexia en las extremidades inferiores. La RM de columna cervical (fig. 2B) demuestra la disminución del volumen de la masa retroodontoides con menor grado de compresión medular a ese nivel.

Discusión

La HEID fue descrita inicialmente por Forestier y Rotes-Querol en 1950. Resnick y Niwayama, en la década de los setenta,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071380>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)