

Fractura transdiscal y subluxación C5-C6 en paciente con espondilitis anquilopoyética

A. Carrillo-Colmenero ; T. García-de la Oliva y H.F. Cabrera Ortiz*

Servicios de Radiodiagnóstico y de Neurocirugía*. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Resumen

La fractura cervical es una posible complicación, no infrecuente, de la espondilitis anquilopoyética (EA) de larga evolución.

La actual nota clínica recoge un caso registrado en nuestro hospital, consistente en una fractura transdiscal y luxación C5-C6, con paraplejia final residual.

Su gravedad, pues, radica en su importante morbimortalidad en este tipo de pacientes.

El presente artículo centra su atención sobre el diagnóstico precoz, que posibilitará un manejo terapéutico personalizado, y sobre la prevención, en la medida de lo posible, de esta grave complicación.

Analizamos el contexto clínico del paciente, los factores predisponentes, el mecanismo lesional, la expresión radiológica, las secuelas neurológicas y el manejo terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Espondilitis anquilopoyética. Fractura cervical. Lesión neurológica.

C5-C6 transdiscal fracture and subluxation in a patient with ankylosing spondylitis

Summary

Cervical fracture is not a rare complication of long-term ankylosing spondylitis (AS). We are reporting a case of cervical fracture in a patient affected by which was complicated by a transdiscal fracture, C5-C6 subluxation, and residual paraplegia.

We analyse clinical presentation, predisponent factors, injury mechanism, radiologic features, neurological deficits, and therapeutic management.

We discuss the accurate diagnosis and the most suitable treatment for this serious complication, as well as prevention measures.

KEY WORDS: Ankylosing spondylitis. Cervical fracture. Cervical subluxation.

Introducción

La prevalencia de la EA (espondilitis anquilopoyética) asociada a la presencia de antígeno HLA B27 y a sacroileitis oscila en torno al 0,1% en la población general⁹.

La columna anquilosada es muy susceptible a las fracturas¹⁰, por la progresiva pérdida de movilidad y osteoporosis secundaria; sin embargo, no se ha logrado establecer correlación entre densidad mineral ósea y fracturas vertebrales en estos pacientes¹⁴.

La incidencia de fractura vertebral en pacientes con EA es cuatro veces mayor que en la población general⁹.

Las fracturas suelen ser provocadas por un traumatismo menor, como caídas^{17,4} estando de pie o caminando (el mecanismo más común) o por accidente de tráfico (el segundo más frecuente).

El 75% de las fracturas ocurre a nivel de la columna cervical, especialmente en la unión cervicotorácica C5-T1^{4,10,15}.

En este artículo, se pretende analizar un caso de fractura vertebral en un paciente diagnosticado de EA, con el fin de definir mejor los factores predisponentes, el mecanismo lesional, las características radiológicas, el déficit neurológico asociado y las estrategias terapéuticas.

Caso clínico

Se trata de un varón de 59 años de edad en cuyos antecedentes personales destacan: hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio en Junio del 2000 y by-pass aortocoronario) y espondilitis anquilopoyética de larga evolución. El paciente tras una caída accidental, sufre traumatismo craneoencefálico con flexoextensión del cuello, presentando cervicobraquialgia, parestesias y

Abreviaturas. AS: ankylosing spondylitis. EA: espondilitis anquilopoyética. RM: resonancia magnética nuclear. STIR: secuencias con supresión grasa o short-time inversion recovery. TAC: tomografía axial computarizada.

Recibido: 01-10-04. Aceptado: 07-03-05



Figura 1. Radiografía lateral de columna cervical evidenciando rectificación cervical, calcificación ligamentosa y disrupción del ligamento longitudinal anterior en C5-C6.



Figura 2. Reconstrucción sagital de TAC de columna cervical mostrando la fractura transdiscal y de elementos posteriores a nivel de C5-C6.

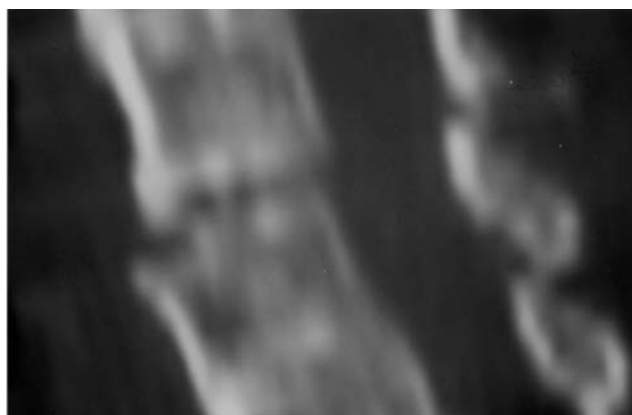


Figura 3. Corte axial de TAC de columna cervical mostrando la fractura de elementos posteriores.

disminución de fuerzas a nivel de miembros superiores y paraplejía.

El paciente ingresó en el Servicio de Neurocirugía con

escala de Glasgow 15, nivel de sensibilidad cinco centímetros por debajo de la línea intermamilar, hipoestesia y fuerza 2/5 en miembros superiores y ausencia de fuerza y de sensibilidad en miembros inferiores.

Las radiografías de columna cervical realizadas de urgencia (Fig. 1) evidenciaban una marcada rectificación cervical, calcificación de ligamentos de sostén intervertebrales, tanto anteriores como posteriores, y disrupción del ligamento longitudinal anterior entre C5 y C6.

Posteriormente la TAC (tomografía axial computarizada) de columna cervical (Figs. 2 y 3) mostró la fractura transdiscal entre C5 y C6 y de elementos posteriores, con rotura de ligamentos longitudinal anterior y posterior, y luxación anterior del bloque vertebral inferior.

En la RM cervical inicial se objetivó una fractura-luxación C5-C6, con anterolistesis (Figs. 4, 5 y 6)). Existía alteración de la señal intramedular en el nivel patológico, correspondiente a edema más hemorragia, e impronta posterior medular de elementos posteriores y anterior del extremo posteroinferior de C5 (Figs 5 y 6). Era visible un sangrado en el espacio intervertebral C5-C6, en el lugar teórico del platillo vertebral superior del cuerpo de C6, en relación con el probable mecanismo de cizallamiento. El disco C5-C6 permanecía por encima de la hemorragia sin alteración de señal y presentaba un prolapso concéntrico (Fig. 7).

En el lapso temporal desde la realización de las radiografías cervicales hasta la de la TAC y RM de urgencia objetivamos cómo la inicial fractura transdiscal y de elementos posteriores (esta última no visible en radiografías simples) se complica con luxación C5-C6.

Bajo anestesia general se realizó artrodesis anterior C5-C6 con discectomía, se interpuso injerto óseo heterólogo y se fijó con placa y tornillos. La calcificación completa del disco intervertebral requirió la ayuda de un "drum" para retirarlo al completo. A continuación la cirugía fue complementada con un "halo vest" cráneo-torácico.

La RM post-quirúrgica evidenció la fijación anterior con tornillos en los cuerpos vertebrales C5-C6. Asimismo existía un aumento de señal intramedular en T1 (Fig. 8) y más intenso en T2 (Fig. 9) y STIR (fig. 10), en relación con el foco hemorrágico edematoso subagudo intramedular, y otro foco lesional localizado a nivel de elementos posteriores.

Actualmente, el paciente, desde la caída y tras dos meses de seguimiento, permanece clínica y neurológicamente con paraplejía residual en un centro rehabilitador.

Discusión

El caso referido afecta a un varón, al igual que la mayoría de casos descritos en la literatura^{7,10,12,20,22}. La gravedad del traumatismo se enfatiza por el hecho de que, en su

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071905>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071905>

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