

Cifosis severa combinada en un paciente con espondilitis anquilosante

Jorge Fuentes-Sánchez¹, Alberto Losa¹, Álvaro Cerezal¹, Fernando Escámez-Fernández², Nicomedes Fernández-Baillo³

1. Médico Interno Residente, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

2. Médico Adjunto Unidad de Columna. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

3. Jefe de Unidad de Columna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

1. Objetivos

Presentar un caso de espondilitis anquilosante severa que en el transcurso de su enfermedad con cifosis cervical asociada presenta una fractura concomitante en la charnela cervico-torácica.

2. Material y Métodos

Varón 55 años



AP Espondilitis Anquilosante

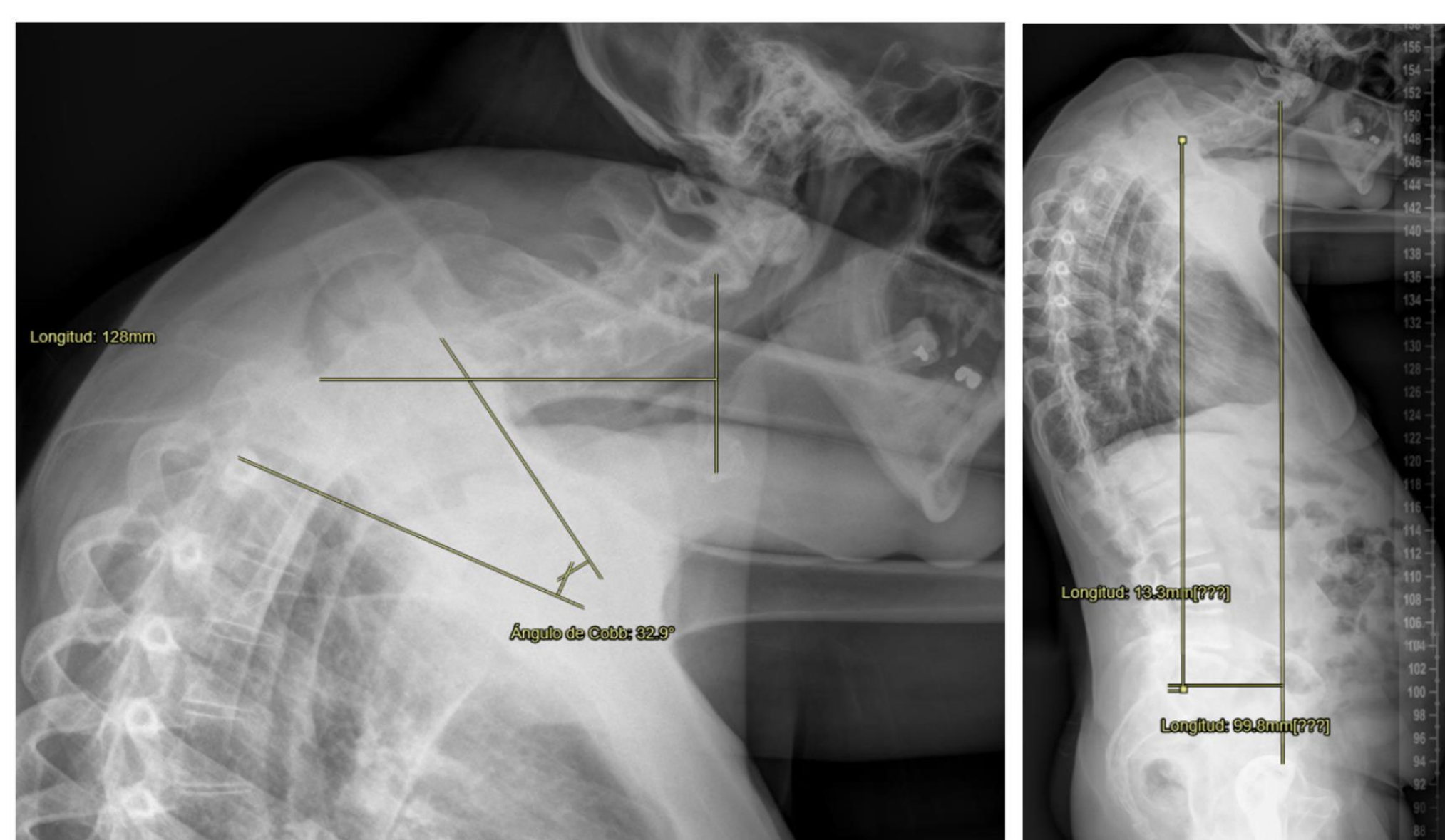
MC

- Dolor cervical aumentado desde hace 4m tras caída
- Dificultad para mantener vista al frente

EF

- Cifosis cervico-torácica con distancia mentón-esternón de 8cm.
- Movilidad cervical limitada.
- No mielopatía
- ROT normales

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



TeleRx: cifosis cervico-torácica de 32° asociada a fractura de T1 con desequilibrio cervical anterior.



TC: fractura de T1 tipo B3 de la AO/OTA con colapso del 70% y fractura de ambas apófisis articulares y espinosa

3. Resultados

DOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS

- 1º) Vía post: instrumentación C2-T4 con OT Smith-Petersen + aloinjerto
- 2º) Vía ant: fijación intersomática C7-T2 con malla + placa anterior.



EVOLUCIÓN

- Alta a domicilio sin incidencias con collarín tipo Philadelphia.
- 5 años de seguimiento: no dolor y restauración del eje de la mirada horizontal y su equilibrio sagital

4. Conclusiones

- La pérdida de movilidad por la EA junto con la osteoporosis contribuyen a la aparición de fracturas patológicas a nivel de la charnela cervicotorácica
- El retraso en el diagnóstico es común por su difícil valoración con la radiografía simple, por ello, un alto grado de sospecha y la petición de TC suelen ser necesarios.
 - En columnas con gran rigidez, con fracturas con afectación tricolumnar y cifosis el tratamiento quirúrgico es de alta complejidad siendo necesario estabilizar la fractura y por otro, es importante corregir la deformidad para restaurar un adecuado equilibrio.
- El doble abordaje anteroposterior proporciona capacidad de corrección y estabilidad. Mediante osteotomías posteriores, con la posibilidad de descompresión neurológica y conferir una gran estabilidad con instrumentación posterior y mediante la técnica de fusión intersomática. Esto disminuye el riesgo de pseudoartrosis y/o fracaso del montaje.