

Cifosis de unión proximal cervical con compromiso del canal cervical en paciente con escoliosis sintrómica secundaria a Neurofibromatosis tipo I

J. FUENTES-SÁNCHEZ^{1*}, B. DíEZ-SÁNCHEZ¹ Y N. FERNÁNDEZ-BAILLO DE LA SACRISTANA²

¹MIR Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario La Paz

²MJefe De Unidad de Raquis, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario La Paz

*Correspondencia: jfsfuentessanchez@gmail.com

1. OBJETIVOS

Presentar un caso de escoliosis sintrómica secundaria a NF1 con cifosis de unión proximal cervical con afectación neurológica y compromiso del canal cervical.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

PACIENTE: Niña de 11 años con escoliosis torácica doble secundaria a NF1

AP: artrodesis vertebral posterior de T2-L4

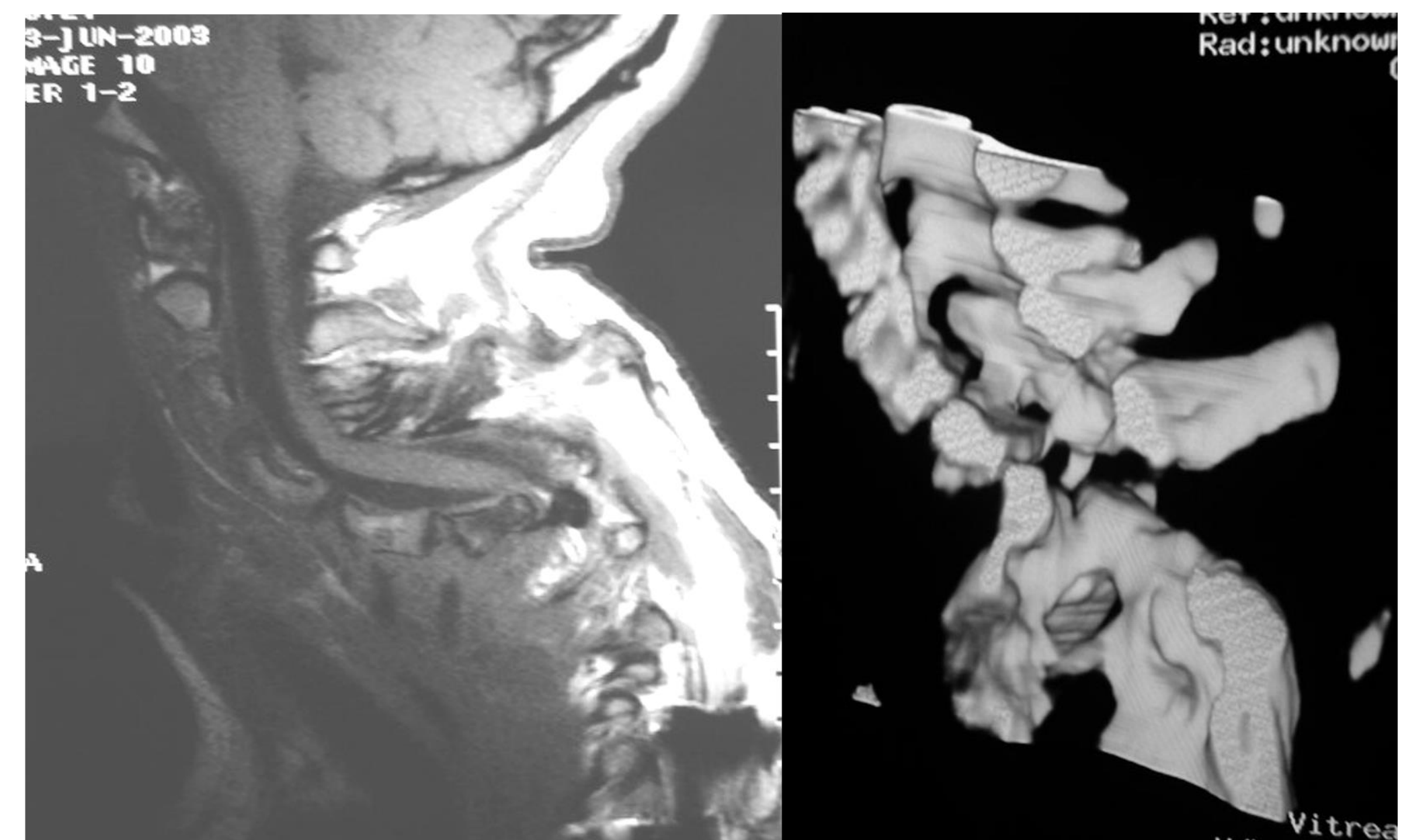
Tras 4 años comienza con dolor cervical y miembro superior derecho y mareo ortostático.

EF: deformidad en cifosis cérvico-torácica con cuello corto y antepulsado. Mantiene la cabeza apoyada con ayuda de sus miembros superiores. Radiculalgia y parestesias en cara posteromedial de brazo derecho hasta 5º dedo con dificultad para agarrar objetos.

RX: ptosis de C7

RM y TC: ptosis y cierre del foramen derecho para C8 comprometiendo en gran medida el canal cervical

EMG: lesión preganglionar C7-C8 derecha

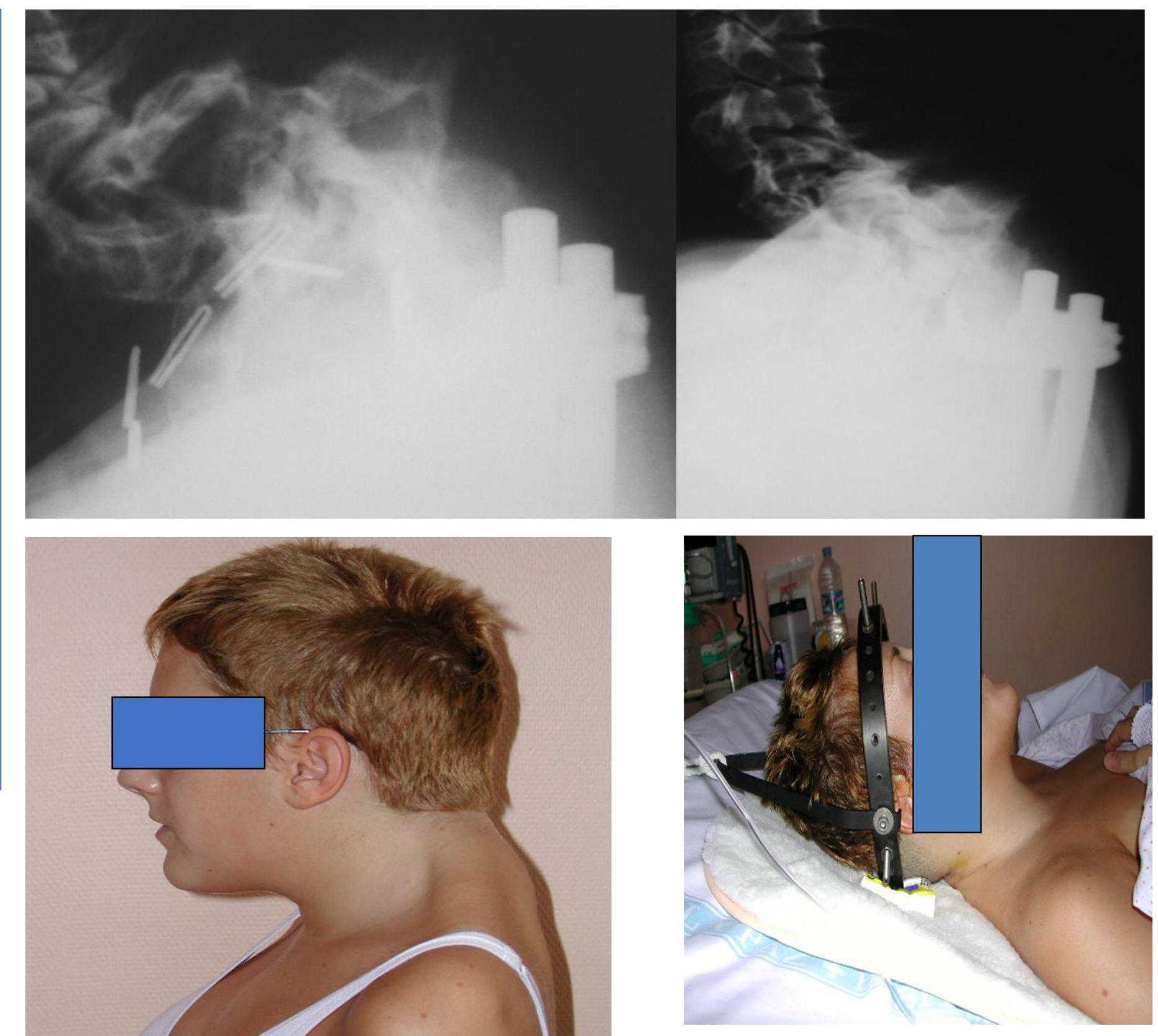


Flexibilidad de la curva Rx: corrección parcial → Cx en tres tiempos

1º) Retirada de la porción proximal del material de corrección de su escoliosis y osteotomía de Simons de C7-T1. Además liberación de ambos forámenes y colocación de halo craneal que se mantuvo durante 3 semanas. Tras tracción progresiva y controlada se realiza TC

2º) Tiempo posterior con instrumentación desde C4 hasta las barras torácicas

3º) Abordaje anterolateral, corpectomía parcial C5-T1 y colocación de malla Moss con injerto y placa de C4-T2.



3. RESULTADOS

Tras un postoperatorio satisfactorio fue dada de alta con revisiones periódicas sin dolor y recuperación de la fuerza a nivel de C8 manteniendo hipostesia en cara dorsal de 5º dedo. Tras 15 años de seguimiento realiza una vida socio-laboral sin limitaciones.

4. CONCLUSIONES

El fracaso de unión proximal es de causa multifactorial donde tanto la subluxación como la presencia de déficit neurológico son signos de alarma que pueden traer consecuencias devastadoras. El manejo quirúrgico depende de la flexibilidad de la deformidad y la necesidad de realizar una artrodesis circunferencial con la mayor estabilidad mecánica y biológica en una paciente sintrómica con características óseas especiales.