

White cord syndrome secundario a descompresión del canal cervical por enfermedad Forestier-Rotes-Querol

Yepes Llorente A^{1,2}, Luque-Ambrosiani AC², Baquero F¹, Rocha S³.

1. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Bormujos.
2. Servicio de Neurología del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
3. Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Forestier, también conocida como hiperostosis esquelética idiopática difusa, es una enfermedad del tejido óseo que afecta principalmente a la columna vertebral pudiendo afectar a cualquier ligamento y tendón del aparato locomotor extra vertebral. Se caracteriza por la formación anormal de tejido óseo alrededor de las vértebras y en los ligamentos que conectan las articulaciones entre estas. La causa exacta de la enfermedad de Forestier aún no está clara.

En la mayoría de los casos cursa de manera asintomática, siendo sus síntomas principales el dolor y la rigidez cervical y/o dorsal. La cervicobraquialgia puede aparecer cuando hay compresión medular y la disfagia por compresión esofágica extrínseca.

Una de las complicaciones más temidas cuando se realiza una cirugía de descompresión cervical es el white cord syndrome (WCS), una condición patológica rara que causa un déficit neurológico brusco después de una cirugía de columna. Esta se caracteriza por la aparición de un incremento de la intensidad de señal en las imágenes de resonancia magnética potenciadas en T2.

Se cree que el WCS se debe a los mecanismos de isquemia/reperfusión del daño parenquimatoso causado por la hipoperfusión mantenida previo a la cirugía y que empeora por el fenómeno posterior de reperfusión. Los mecanismos fisiopatológicos no están bien definidos, aunque existe cierta evidencia experimental de que los radicales libres son los principales responsables del daño medular.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente afectado de síndrome de reperfusión por descompresión medular (WCS, por sus siglas en inglés) y su manejo posquirúrgico.

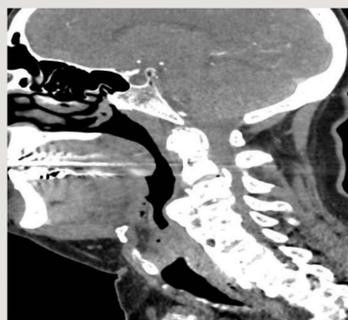
MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 68 años en seguimiento ambulatorio por cervicobraquialgia bilateral, parestias irradiadas por dermatomo C8 y pérdida de fuerza en ambos miembros superiores, de predominio izquierdo, asociada a disfagia con atragantamiento recurrente.

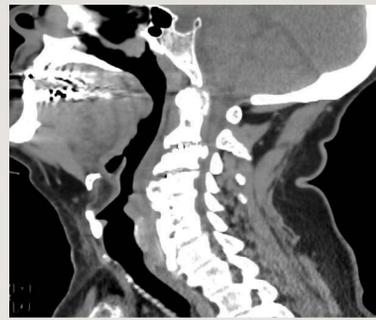
Lo primero que se hizo fue una radiografía (RX) donde se visualizó la enfermedad de Forestier cervical tras ello se realizó una tomografía computarizada (TC) para delimitar mejor la extensión de la enfermedad donde se observaba principalmente osteofitos de grandes dimensiones a nivel C2-C4 que explicarían la disfagia y una estenosis de canal que concuerda con el déficit motor y sensitivo del paciente, por ello se decidió intervenir quirúrgicamente realizando fresado de osteofitos anteriores y discectomías a nivel C2-C3 y C3-C4 en un primer tiempo, donde la disfagia quedó resuelta, y en un segundo tiempo realizar la laminectomía en C2-C4 y artrodesis en C2-C6 para completar la descompresión medular.



RX preoperatoria con contraste de bario donde se observa la obstrucción esofágica debido al Forestier-Rotes-Querol.



TC preoperatorio para planificación quirúrgica



TC postoperatorio tras resección osteofitos y colocación cajas intersomáticas en la 1ª cirugía



TC post operatorio tras artrodesis C2-C6 en la 2ª cirugía

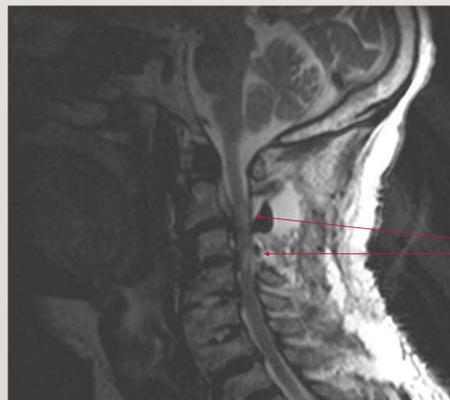
RESULTADOS

Tras la segunda cirugía, sin presentar incidencias intraoperatorias, se objetivó hemiparesia e hipoestesia de miembros derechos, sin otra clínica neurológica asociada. Ante esto, se solicita TC y angioTC craneocervical urgentes donde se ven tornillos normoposicionados sin invasión de canal ni foramen radicular y ausencia de hematoma epidural espinal ni oclusión de gran vaso.

Debido al empeoramiento apreciado, habiéndose descartado otras causas, se solicitó resonancia magnética (RM) cervical ante la sospecha de lesión medular.

En la RM se observó una disminución del efecto masa sobre el cordón medular cervical alto, pero con aumento de entidad de los focos de mielopatía a nivel de C2-C3 y C3-C4 previamente conocidos, por lo que se sospechó lesión por reperfusión compatible con WCS.

Se inició tratamiento con dexametasona y rehabilitación, obteniendo buena respuesta tras varios días, llegando a poder bipedestar con apoyo y movilizar contra gravedad el miembro superior derecho, por lo que se procedió al alta con seguimiento ambulatorio.



Zonas hiperintensas en RM en T2 compatible con WCS

CONCLUSIONES

1. El WCS es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una lesión isquémica medular por reperfusión tras realizar cirugía de descompresión.
2. Los corticoides empleados para reducir el edema generado tras la reperfusión medular pueden ser de ayuda, como ocurrió en nuestro caso. Finalmente, es crucial iniciar tratamiento rehabilitador precozmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horta-Tamayo EE, Acosta-González LC, Ortega-Raez DR. White cord syndrome: rara complicación luego de la cirugía de descompresión cervical. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2022 [citado el 20 de junio de 2023];26(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000300025
2. So J-S, Kim Y-J, Chung J. White cord syndrome: A reperfusion injury following spinal decompression surgery. Korean J Neurotrauma [Internet]. 2022 [citado el 21 de junio 2023];18(2):380. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.13004/kjnt.2022.18.e36>