

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN FASE EVOLUCIONADA CON FRACTURA VERTEBRAL Y COMPRESIÓN MEDULAR: A propósito de un caso

Oliveras Font, Maria Mercè; Plaza Ortiz, Sonia; Pèlach Nadal, Mònica; Perez Romera, Ana Belen; Froufe Siota, Miguel Angel

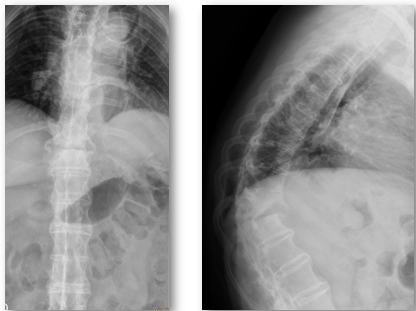
CIRURGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR JOSEP TRUETA DE GIRONA

INTRODUCCIÓN

- La hiperostosis esquelética se caracteriza por la osificación y calcificación de ligamentos y entesis
- Suele ser asintomática
- Puede provocar síntomas como dolor y rigidez espinal
- En caso de fractura vertebral, la inestabilidad es mayor

CASO CLÍNICO

- Mujer de 57 años, sin antecedentes de interés
- Derivada a nuestro hospital por fractura vertebral con paresia progresiva de instauración subaguda en las extremidades inferiores
- Dorsolumbalgias de larga evolución sin otra sintomatología sistémica ni articular asociada.



- Antecedente de caída en bicicleta 7 meses antes
- Empeoramiento progresivo de la marcha y del dolor dorsolumbar, hasta precisar silla de ruedas para la deambulación
- Marcha atáxica con exacerbación de su incontinencia urinaria de base

• TAC:

- Fractura cuerpos vertebrales D10 y D11, con afectación de elementos posteriores de D11, con esclerosis en los dos platillos

- Los hallazgos no permiten diferenciar osteomielitis sobreañadida a la fractura

• RM:

- Signos de mielopatía compresiva asociada
- Imágenes sugestivas de proceso patológico interdiscal D10-D11 y alteración del patrón óseo

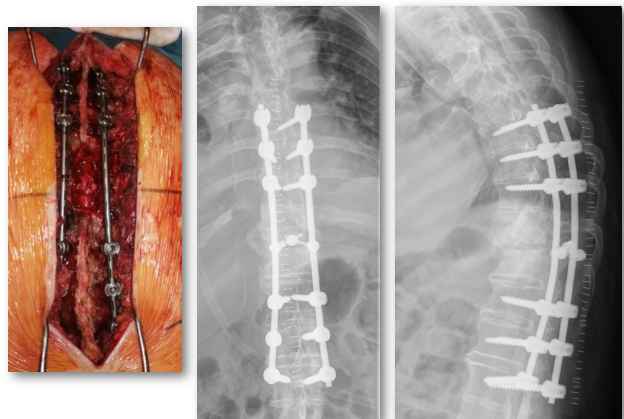
- Se plantea proceso infeccioso versus tumoral



- Analíticamente presenta una PCR, ANAs 320, ENAs, AntiDNA y HLAB27 negativos

• Se decide intervención quirúrgica

- Se realiza instrumentación D7-D9 y D12-L2 con laminectomía D10-D11
- Mediante costotransversectomía se accede al disco vertebral D10-D11 y se recogen muestras macroscópicamente sugestivas de callo fibroso, sin observarse signos de aparente infección



- Se inicia tratamiento antibiótico empírico

- Reumatología la diagnostica de Espondilitis Anquilosante grado 4 HLAB27 negativa de larga evolución, con probable lesión de Anderson (espondilodiscitis aséptica severa)

- Los cultivos son negativos
- La anatomía patológica muestra marcada fibrosis, con mínimo infiltrado inflamatorio inespecífico, sin malignidad

- La paciente es dada de alta, deambulando de forma autónoma

DISCUSIÓ / CONCLUSIONS

- La mielopatía fue causada por dos fracturas dorsales (inestables en el contexto de una columna rígida) que causaron lesión medular
- De diagnosticó semanas mas tarde por el deterioro neurológico de la paciente

- Ante pacientes con columna rígida que sufren un traumatismo, hay que descartar de forma muy cautelosa la presencia de fracturas a cualquier nivel de la columna para evitar la progresión a una mielopatía

