

RESIDENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL «PRÍNCIPES DE ESPAÑA»
L'HOSPITALET DEL LLOBREGAT (BARCELONA)
SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR

Jefe: Prof. A. FERNÁNDEZ SABATÉ

Corrección quirúrgica de una cifosis por lesión destructiva discovertebral en un paciente afecto de espondilitis anquilosante

J. ROCA BURNIOL (*)

RESUMEN

Se presenta un caso de lesión destructiva del disco vertebral en un paciente afecto de Spondilitis Anquilopoyética. Destaca clínicamente el aumento progresivo de la cifosis y la movilidad anormal a nivel de la deformidad. El tratamiento quirúrgico por vía anterior permitió la confirmación diagnóstica y la corrección quirúrgica de la gibosidad cifótica.

Descriptores: Espondilitis Anquilopoyética. Discitis destructiva.

SUMMARY

A case of ankylosing Spondylitis with Kyphosis by Spondylodiscitis is reported. The Kyphosis is progressive and the mobility on the vertex of the curve.

The surgical treatment by anterior approach confirms the diagnosis and allows to perform the surgical correction of the deformity.

Key words: Ankylosing Spondylitis. Destructive Spondylodiscitis. Spinal pseudoarthrosis. Spinal osteotomy.

La lesión destructiva discovertebral (L.D.D.V.) constituye una manifestación rara de la espondiloartritis anquilopoyética (E.A.) y se caracteriza por la asociación de diversos grados de pinzamiento discal, destrucción de las plataformas vertebrales adyacentes y de una condensación perilesional, a veces importante.

Según ROMANUS (22) la primera descripción debe atribuirse a ANDERSON (1), quien en 1937 publica dos casos de una rara le-

sión que destruía las plataformas de un interespacio vertebral en pacientes afectados de Bechterew. Desde entonces aparecen publicaciones que comentan la semejanza radiológica con el mal de Pott, pero que o no se definen en cuanto a la etiología o bien la atribuyen a «nódulos granulomatosos reumatoideos» (23). En 1969 KANAFIELD (14) y JACQUELINE (13) establecen de un modo contundente que la lesión se debe a una fractura que evoluciona hacia el retardo de consolidación y seudartrosis. Posteriormente

(*) Jefe de Sección. Unidad de Raquis.

los trabajos de YAU (27), CAWLEY (5), CHALMERS (5), BALL (3) y RIVELIS (21) reafirman este criterio. Finalmente GELMAN (11), MARTEL (18), YAU (27), RIVELIS (21) y GAUGEON (12) la tratan como una seudartrosis.

En el presente trabajo aportamos un caso en el que la actitud terapéutica permitió no sólo curar la lesión sino corregir la deformidad cifótica.

Observación clínica

Hembra de 55 años de edad que acude al Hospital por dolor dorsal y deformidad progresiva. Refiere historia de dorsolumbalgias crónicas de repetición de 20 años de evolución que han sido diagnosticadas y tratadas como E.A. El dolor actual es persistente y se agrava al caminar. Por la mañana se levanta de la cama en posición erguida y en el transcurso del día se va doblando hacia delante. No hay historia de fiebre, sudoración nocturna, síntomas urinarios ni pérdida de peso.



FIG. 1.—Lesión destructiva disco-vertebral D₁₀-D₁₁ en una paciente afecta de espondilitis anquilosante.

El examen físico muestra una columna rígida con cifosis de gran arco y gibosidad angular en quilla a nivel de D₁₀. En este punto se despierta dolor a la palpación de las espinosas. El estudio hematológico es negativo, excepto una V.S.G. de 36 mm. a la primera hora. H.L.A.-27 positivo.

La radiografía muestra una cifosis de 75° con vértice a nivel de D₁₀-D₁₁. Destrucción de la parte anterior del platillo inferior de D₁₀ y del superior de D₁₁. Además el resto del interespacio es irregular. Areas de condensación perifocal. (Fig. 1).

En enero de 1984 se procede a intervención quirúrgica. Mediante toracotomía izquierda se aborda el foco D₁₀-D₁₁ y se procede a legrado y relleno con injerto costal. Se coloca un dispositivo distractor acoplado a unos tornillos modificados tipo Dwyer roscados al cuerpo vertebral. (Fig. 2).

La radiografía postoperatoria muestra una corrección de la cifosis de 20°. La anatomía patológica reporta la existencia de un tejido fibrocartilaginoso muy vascularizado con áreas dispersas de colagenización. Se coloca un corsé de escayola durante 4 meses que posteriormente se sustituye por un marco de Jewet durante otros 4 meses.

La radiografía a los 6 meses señala una buena consolidación. A los 18 meses se observa la incorporación total de los injertos y no hay pérdida de la corrección inicial de la cifosis. (Fig. 3).

Comentario

La lesión destructiva discovertebral en el curso de la E.A. parece que puede presentar diferentes características según que aparezca en el período inflamatorio inicial o bien cuando el proceso se encuentra ya estabilizado.

Cuando aparece en la fase inflamatoria temprana la lesión se ha atribuido a una espondilodiscitis, dado que radiológicamente se trata de un defecto erosivo que horada los platillos vertebrales. Por lo general afecta a múltiples niveles de forma simultánea, muestra una progresión limitada (20), y acaba generalmente en una anquilosis ósea (8). En principio se creyó que la espondilodiscitis era tuberculosa o piógena, pero esta teoría se excluyó ante la negatividad de los cultivos (23). Posteriormente atribuyó a «nódulos granulomatosos reumatoideos» (2, 6, 7) que aparecen como lesiones excepcionales.

mente graves en pleno período inflamatorio (9), aunque trabajos recientes apuntan por un posible origen traumático (10, 15).

La L.D.D.V. que sobreviene en el curso de una E.A. estabilizada se atribuye desde KANAFIELD (14) y JACQUELINE (13) a una fractura. La espalda totalmente anquilosada se comporta como un hueso largo. Al no existir los movimientos compensatorios del disco frente a las exigencias funcionales, las articulaciones posteriores sufren una sobrecarga. Para YAU (27) es justo a nivel de los elementos posteriores donde se iniciaría una

fractura lenta por sobrecarga, que se extendería hacia el interespacio. Esta zona de fractura actuaría de charnela entre dos segmentos rígidos. La lesión puede curarse o acabar en una pseudoartrosis cuya movilidad residual actuaría en forma autodestructiva crónica.

La sintomatología patognomónica de la L.D.D.V. se instala tardíamente, en un estado en que el raquis se encuentra anquilosado. Tres signos son esenciales (17):

a) *Dolor*. De instauración progresiva,

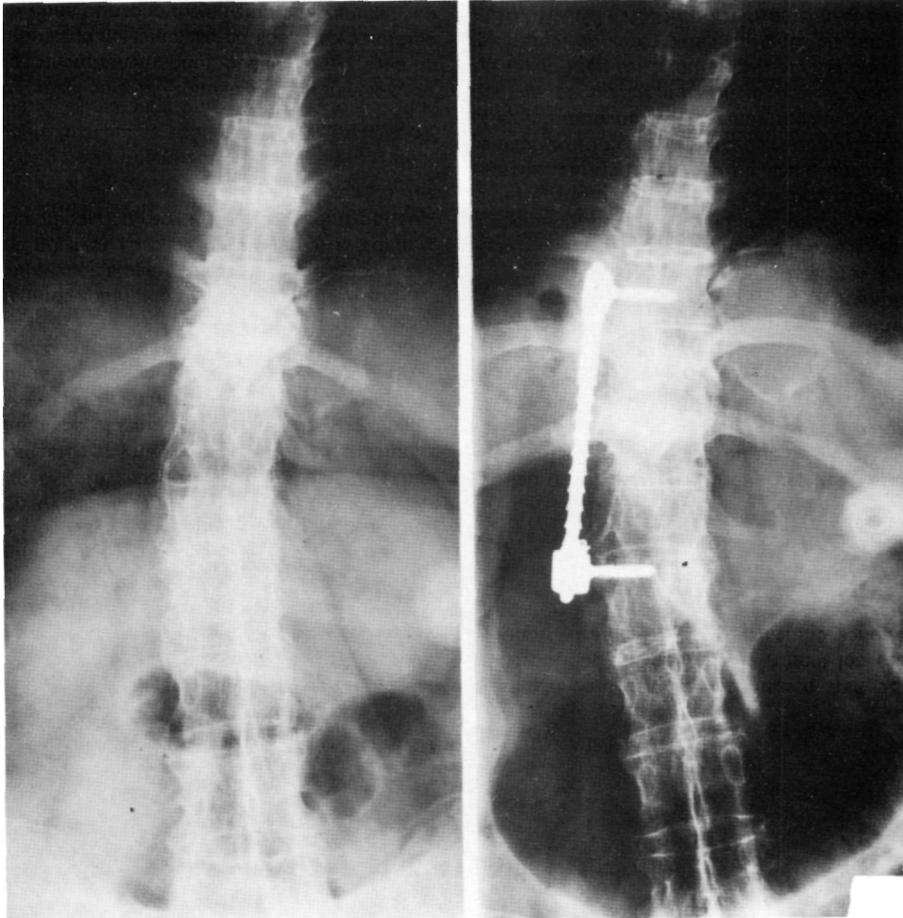


FIG. 2.— Corrección de 20° de la cifosis mediante tornillos enroscados a los cuerpos vertebrales y vástago distractor de Harrington. Artrodesis intersomática con injerto costal.

sin fecha precisa de inicio, o comienzo brusco tras un traumatismo más o menos violento o incluso un simple esfuerzo. El dolor es vivo, localizado en una zona precisa, contrastando con las raquiálgias más o menos difusas de la E.A., suele irradiarse en cinturón. Dolor casi siempre permanente, calma poco con el decúbito, pero se agrava con el movimiento.

b) *Cifosis angular* que aparece en los casos de lesión avanzada sobre la típica cifosis redondeada de la E.A. El vértice de la cifosis angular asienta en la vértebra lesionada.

c) *Movilidad anormal*. Señalada a veces por el enfermo, como en nuestro caso, otras puesta de manifiesto por la radiología funcional forzada. La movilidad y la cifosis an-

gular pueden desencadenar compresión medular e incluso paraplejia (16).

Esta lesión se localiza a nivel de la charnela dorsolumbar. Nunca se ha descrito en la región dorsal por encima de D₈ (4).

La exploración radiológica muestra tres signos característicos: a) *Pinzamiento discal*, constante. b) *Erosión geódica* del platillo vertebral. Al igual que el pinzamiento del disco es un signo constante y se muestra como una pérdida de sustancia en situación retromarginal anterior que alcanza la región central del platillo. La dimensión es variable, desde algunos milímetros hasta unos dos centímetros. c) *Osteoesclerosis perilesional*, que aparece habitualmente como un fino halo que delinea la erosión geódica y que puede llegar a una zona amplia de con-

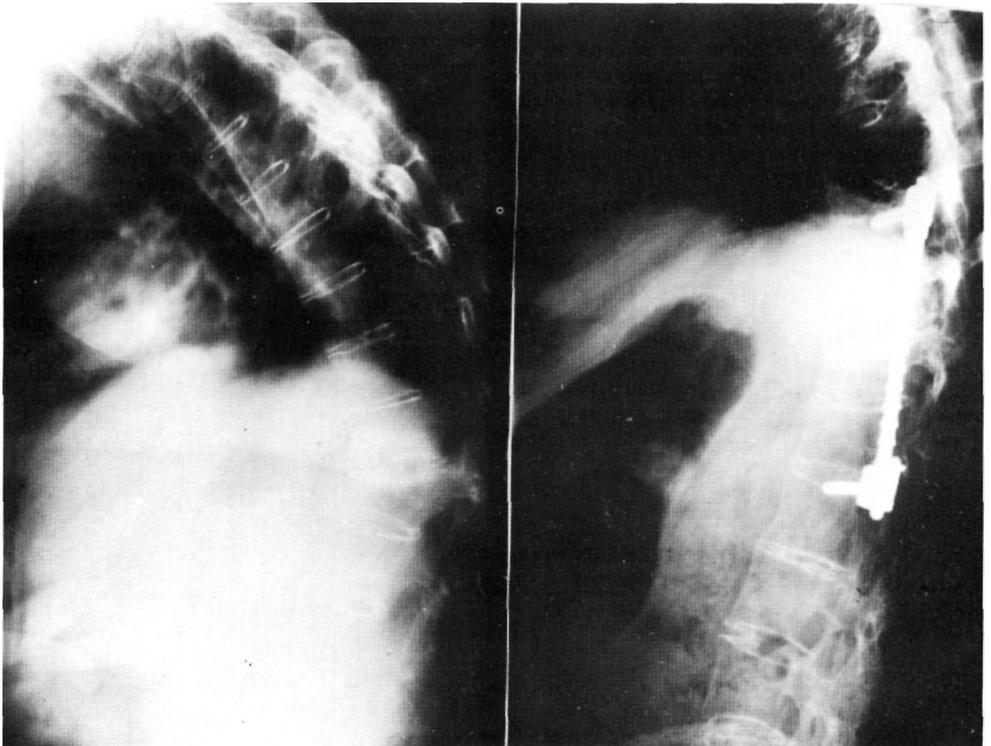


FIG. 3.—Control a los 18 meses de la intervención. No hay pérdida de la corrección inicial.

densación que interesa una parte importante del cuerpo vertebral.

El tratamiento de la L.D.D.V. ha evolucionado acorde con los criterios etiológicos. En la década de los 60 cuando se atribuía a «nódulos reumatoideos» se aconsejaba los antiinflamatorios y la radioterapia (25). En algún trabajo esporádico se recomendaba la artrodesis posterior (6). Fue en 1969 cuando KANEFIELD (14) estableció que la L.D.D.V. era aparentemente el resultado de la falta de unión de una fractura y por vez primera presenta un caso en que se practicó una fusión por vía anterior.

Desde entonces el tratamiento ha ido dirigido a anular la movilidad del foco y a promover la anquilosis completa. Con este fin algunos aconsejan el reposo en cama de 2 a 4 meses, seguido de corsé de escayola durante unos 6 meses, asociando (9) o no (12) la administración de antiinflamatorios

no esteroideos. Es evidente que la consolidación puede lograrse si contactan entre sí las dos plataformas del foco de L.D.D.V.; es decir, la anquilosis sólo puede obtenerse en posición de máxima cifosis.

El tratamiento quirúrgico parece superior al ortopédico. En este sentido se ha aconsejado la fusión posterior (18), a la que puede asociarse material de osteosíntesis (11). Sin embargo, la tendencia actual apunta hacia la práctica de una artrodesis intersomática anterior (27).

La innovación que hemos aportado consiste en realizar la fusión intersomática en posición de máxima corrección. Es decir, se aprovecha el foco de L.D.D.V. como una bisagra que abre el ángulo de la gibosidad cifótica; fundamento en todo parecido al de las osteotomías (19, 24) que se practicaron para enderezar las grandes deformidades en flexión del raquis.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSSON, O. (1937): «Röntgenbildern vid Spondylarthritis ankylopoietica». *Nordisk Med. Tidskrift*, 14, 2000-2002.
- BAGGENSTOSS, A. H.; BICKEL, W. H.; WARD, L. E. (1952): «Rheumatoid granulomatous nodules as destructive lesions of vertebrae». *J. Bone Jt. Surg.*, 34A, 601-609.
- BALL, J. (1979): «Articular pathology of ankylosing spondylitis». *Clin. Orthop.*, 143, 30-37.
- BOUVIER, M.; LEJEUNE, E.; ROUILLAT, M.; CHAPPAZ, J. C. (1980): «Les formes pseudo-pottiques et pseudo-dystrophiques des spondylodiscitis de la spondylarthritis ankylosante». *Rev. Rhum.*, 47, 21-29.
- CAWLEY, M. I. D.; CHALMERS, T. M.; LELLGREN, J. H.; BALL, J. (1972): «Destructive lesions of vertebral bodies in ankylosing spondylitis». *Ann. Rheum. Dis.*, 31, 345-352.
- COSTE, F.; DELBARRE, F.; CAYLA, J.; MASIAS, P.; BEASLAY, E. (1963): «Spondylitis destructives dans la spondylarthritis ankylosante». *Presse Méd.*, 71, 1013-1016.
- COSTE, F.; LAURENT, F.; ILLOUZ, G.; MAZABRAUD, A.; LEBEUX, Y. (1963): «A propos des lésions anatomiques des vertèbres dans la spondylarthritis ankylosante». *Rev. Rhum.*, 30, 593-600.
- DANEQ, V.; VITTORIO, S. D. (1970): «La spondylodiscite de la spondylarthritis ankylosante». *Rev. Rhum.*, 37, 155-158.
- DOURY, L.; DELAHAYE, R. P.; PATTIN, S.; METGES, P. J.; MOTELY, J. M.; WAHL, D.; STORCH, H.; SALHI, A. (1975): «La spondylodiscite pseudo-pottique au cours de la spondylarthritis ankylosante». *Ann. Med. Interne*, 126, 697-701.
- FONTEILLE, J.; BOUVIER, M.; BONVOISIN, B.; LEJEUNE, E. (1984): «Spondylarthritis ankylosante. Pathogénie des lésions destructives disco-vertébrales». *Presse Méd.*, 13, 15-18.
- GELMAN, M. I.; UMBER, J. S. (1978): «Fractures of the thoracolumbar spine in ankylosing spondylitis». *Am. J. Roentgenol.*, 130, 485-491.
- GOUGEON, J.; RAMPON, S.; DESHAYES, P.; BUSSIERE, J.; SEIGNON, B.; LOET, X.; LOPITAUX, R.; GOLEMGER, C. (1977): «Discopathies post-fracturaires et lésions vertébrales destructives aux cours de la pelvispondylite rhumatismale». *Rev. Rhum.*, 44, 17-25.
- JACQUELINE, F. (1956): «Troubles de la structure osseuse et lésions destructives au cours de la spondylarthritis ankylosante». *J. Radiol. Electrol.*, 37, 887-893.
- KANEFIELD, D. G.; MULLINS, B. P.; FREEHA-

- FER, A. A.; FUREY, J. G.; KORENSTEIN, S.; CHAMBERLIN, W. B. (1969): «Destructive lesions of the spine in rheumatoid ankylosing spondylitis». *J. Bone Jt. Surg.*, 51A, 1369-1375.
15. LITTLE, H.; UROWITZ, M. B.; SMYTHE, H. A.; ROSEN, P. S. (1974): «Asymptomatic spondylosclerosis, an unusual feature of ankylosing spondylitis». *Arthritis Rheum.*, 17, 487-493.
16. LORBER, A.; PEARSON, C. M.; RENE, R. M. (1961): «Osteolytic vertebral lesions as a manifestation of rheumatoid arthritis and related disorders». *Arthr. Rheum.*, 4, 514-532.
17. LOUYOT, P.; GAUCHER, A.; MATHIEU, J.; MIQUEL, G. (1963): «La spondylosclérose de la spondyloarthrite ankylosante». *Rev. Rhum.*, 30, 263-274.
18. MARTEL, W. (1978): «Spinal pseudarthrosis. A complication of ankylosing spondyloarthritis». *Arthr. Rheum.*, 21, 485-489.
19. McMASTER, P. E. (1962): «Osteotomy of the spine for fixed flexion deformity». *J. Bone Jt. Surg.*, 44A, 1207-1216.
20. MURIACH, V.; MARQUÉS, J.; BARCELÓ, P. (1968): «La espondilodiscitis de la espondyloarthritis anquilopoyética». *Rev. Esp. Reumat.*, 12, 381-389.
21. RIVELIS, M.; FREIBERGER, R. H. (1969): «Vertebral destruction at unfused segments in late ankylosing spondylitis». *Radiology*, 93, 251-256.
22. ROMANUS, R.; YDEN, S. (1952): «Destructive and ossifying spondylitis changes in rheumatoid disease». *Acta Orthop. Scand.*, 22, 88-99.
23. SEAMAN, W. W.; WELLS, J. (1961): «Destructive lesions of the vertebral bodies in rheumatoid disease». *Am. J. Roentgenol.*, 86, 241-250.
24. SMITH-PETSEN, M. N.; LARSON, C. B.; AUFRANC, O. E. (1945): «Osteotomy of the spine for correction of flexion deformity in rheumatoid arthritis». *J. Bone Jt. Surg.*, 27, 1-11.
25. WHOLEY, M. H.; PUGH, D. G.; BICKEL, W. H. (1960): «Localized destructive lesions in rheumatoid spondylitis». *Radiology*, 74, 54-56.
26. WILSON, M. J.; TURKELL, J. H. (1949): «Multiple spinal osteotomy: Use in case of Marie-Strümpell spondylitis». *Am. J. Surg.*, 77, 777-782.
27. YAU, A. C.; CHAN, R. N. W. (1974): «Stress fractures of the fused lumbo-dorsal spine in ankylosing spondylitis». *J. Bone Jt. Surg.*, 56B, 681-687.