

Cifosis torácica rígida con incapacidad para la mirada horizontal: tratamiento funcional centrado en las necesidades del paciente

Alberto Losa Sánchez, Blanca Díez Sánchez, Fernando Escámez Fernández,
Nicomedes Fernández-Baíllo Gallego de la Sacristana

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

1 OBJETIVOS

Exponer un caso de cifosis torácica alta secundaria a una artrodesis vertebral previa con incapacidad para la mirada horizontal, y el manejo de esta mediante un tratamiento centrado en las necesidades del paciente.

2 MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 33 años con dolor en charnela cervico-torácica e incapacidad para la mirada horizontal. Fue intervenido en la adolescencia de enfermedad de Scheuermann mediante osteotomías de Ponte y artrodesis posterior torácica alta, que requirió retirada precoz de la instrumentación por infección.

A la exploración presenta una hipercifosis torácica alta compensada con hiperlordosis cervical para mantener la mirada horizontal, que al cabo de unos minutos produce claudicación muscular por dolor y caída de la mirada 30° (chin-brow vertical angle, CBVA). La exploración neurovascular distal es normal.

La telerradiografía de columna muestra una cifosis torácica alta de 83° e hiperlordosis cervical de 70° sin desequilibrio sagital vertical (figura 1). En la radiografía con fulcro la cifosis es rígida (80°). La resonancia magnética muestra la fusión vertebral anterior y posterior T4-T9, con la médula espinal adherida al muro posterior, y discopatía T3-T4 severa (figura 2).

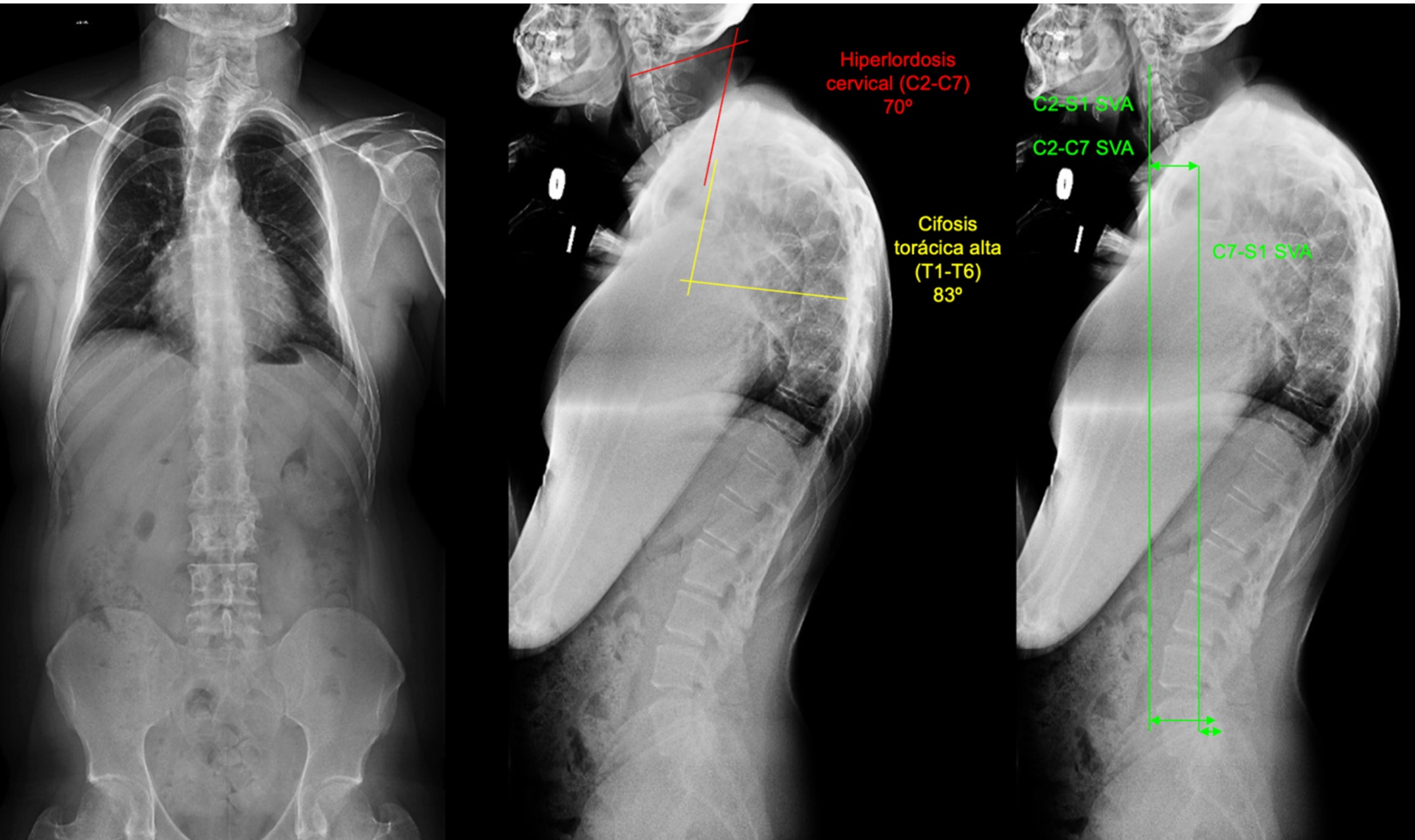


Figura 1. Telerradiografía de columna total en bipedestación. En la proyección PA no se objetiva desequilibrio coronal, y en la lateral la hipercifosis torácica alta (Cobb 83°) con hiperlordosis cervical (70°) pero sin desequilibrio vertical (C2-C7 SVA igual a C2-S1 SVA).

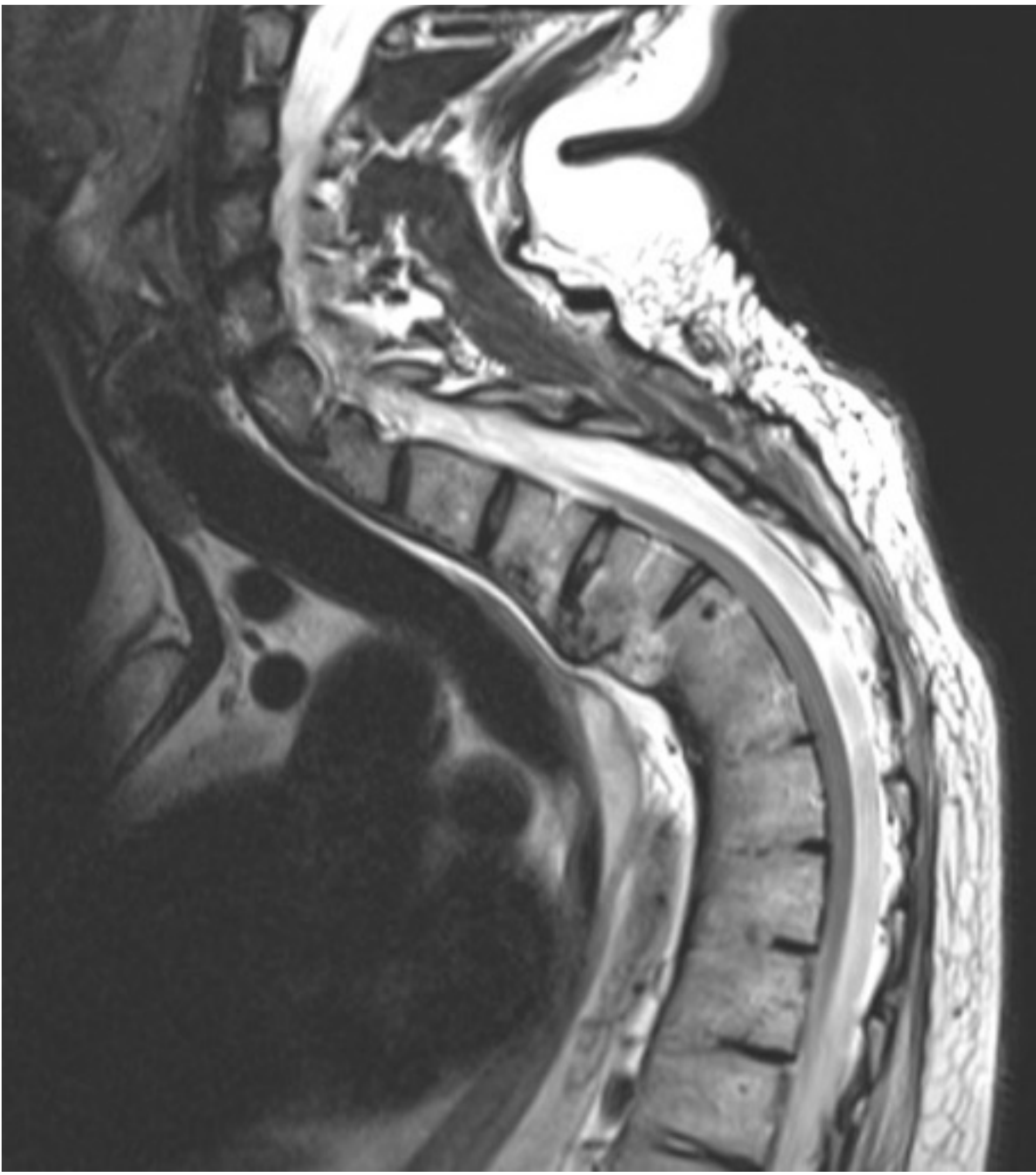


Figura 2. Resonancia magnética. Se aprecia la fusión vertebral circunferencial T4-T9 con la médula adherida y discopatía T3-T4.

3 RESULTADOS

Ante la clínica de incapacidad para la mirada horizontal por dolor y claudicación muscular, secundaria a la rigidez torácica alta y a la discopatía degenerativa, se decide realizar una artrodesis vertebral posterior instrumentada C2-T5 navegada con O-Arm®.

El postoperatorio cursa sin complicaciones recibiendo el alta al 5º día. A los 2 años el paciente mantiene una mirada horizontal (CBVA -10°) sin dolor ni fatiga muscular (figuras 3 y 4).

4 CONCLUSIONES

Cuando una cifosis torácica produce un desequilibrio sagital, necesitando de mecanismos compensadores como la hiperlordosis cervical para mantener la mirada horizontal¹, pero si la curva es muy acusada o produce dolor, como en este caso, la musculatura cervical claudica produciendo una caída de la cabeza^{2,3}.

En un primer planteamiento precisaría una osteotomía del ápex de la deformidad (T4), que por ser rígida debería ser tricolumnar, con gran riesgo neurológico, de pseudoartrosis y de falta de corrección por la caja torácica¹.

Sin embargo, si analizamos las necesidades del paciente, lo que precisa es conseguir la mirada al frente de forma mantenida, pudiéndose además aprovechar la flexibilidad del segmento cervical para realizar una fijación vertebral que mantenga la mirada horizontal sin dolor ni claudicación^{4,5}, consiguiendo un resultado funcional antes que estético.

5 BIBLIOGRAFÍA

1. Palazzo C, Sailhan F, Revel M. Scheuermann's disease: an update. *Joint Bone Spine*. 2014 May;81(3):209-14
2. Sardar ZM, Ames RJ, Lenke L. Scheuermann's Kyphosis: Diagnosis, Management, and Selecting Fusion Levels. *JJAOS*. 2019 May 15;27(10):e462-e472.
3. Koller H, Koller J, Mayer M et al. Osteotomies in ankylosing spondylitis: where, how many, and how much? *Eur Spine J*. 2018 Feb;27:70-100.
4. Gelfand Y, Franco D, Kinon MD et al. Selecting the lowest instrumented vertebra in a multilevel posterior cervical fusion across the cervicothoracic junction: a biomechanical investigation. *J Neurosurg Spine*. 2022 Dec 16;38(3):389-395.
5. Murphy TP, Colantonio DF et al. Biomechanical Analysis of Multilevel Posterior Cervical Spinal Fusion Constructs. *Clin Spine Surg*. 2023 Jun 1;36(5):E212-E217.

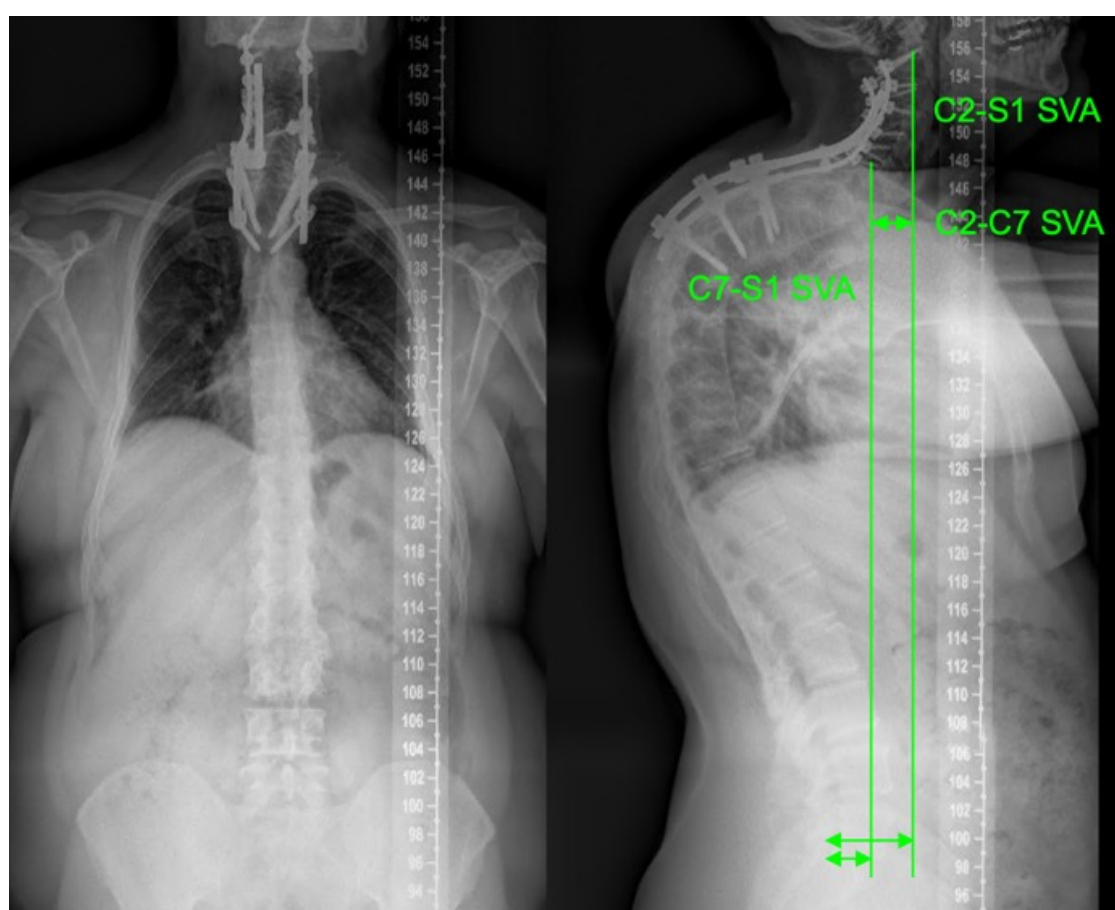


Figura 3. Telerradiografía postoperatoria: ausencia de desequilibrio sagital.

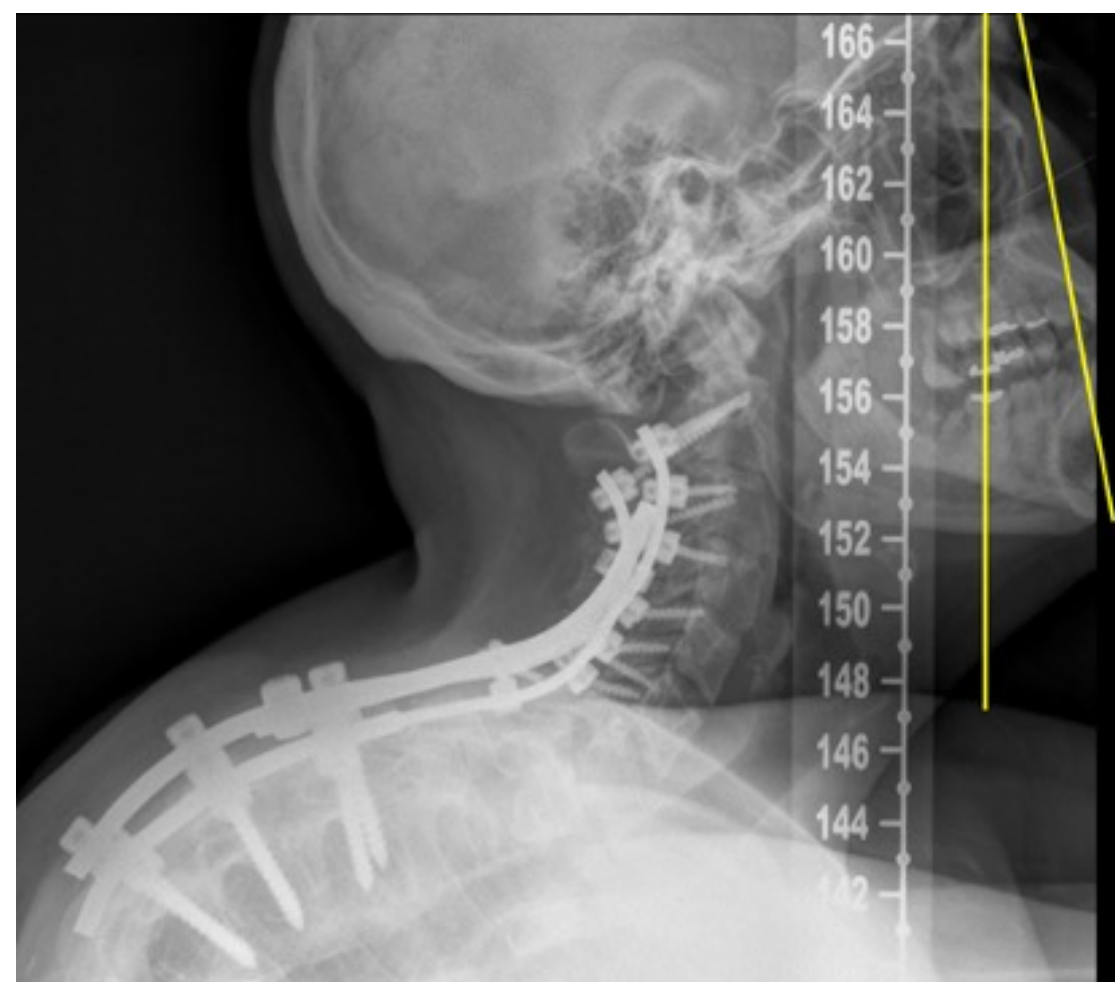


Figura 4. Radiografía postoperatoria: mirada horizontal (CBVA -10°).