

A PROPOSITO DE UN CASO: NEUROARTROPATIA ESPINAL EN PACIENTE CON TETRAPARESIA

JULIAN ZHANG CHEN, ANGELA MARINA ALLES GARCIA, CRISTINA PAREJA FRADE

Introducción y objetivos

La tetraparesia genera complicaciones secundarias a su patología y expresa una clínica anómala, dificultando su diagnóstico y manejo. Trataremos la experiencia de nuestro hospital y consejos terapéuticos.

Material y metodología

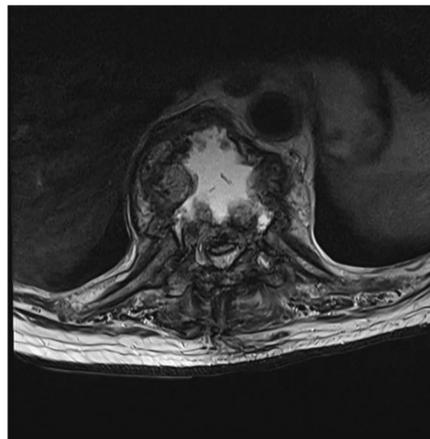
Varón con tetraparesia postraumática ASIA B C5-6 acude a Urgencias por sospecha de espondilodiscitis D9-10 en TAC de control tras fractura D9-10 con destrucción elementos posteriores, colapso discal cifoescoliosante, esclerosis platillos y colección paraespinal.

En anamnesis inicial se objetiva dorsalgia, febrícula, piuria en autosondajes, úlcera sacra resuelta, úlcera por presión maleolar, no otros focos infecciosos, leucocituria aislada, sin elevación RFA y rx tórax normal.

Ingresa en Infecciosas con antibioticoterapia empírica (ceftazidima y linezolid) tras hemocultivos.

Solicitan biopsia-cultivo, estudio TBC, ETT, línea media, suspende antibioticoterapia hasta biopsia ante estabilidad. Nuevos controles por TAC y RMN definen cambios de neuroartropatía espinal sin datos de sobreinfección.

Ante resultados, se decide 1º tiempo de limpieza y reducción con fusión posterolateral T6-L1 + T8-T11 y 2º tiempo de prótesis vertebral expansible D9-10 por vía lateral. En posoperatorio 1º tiempo inicia pico febril al 3º día aislado con cambio a pipe/tazo + dapto y crece P. acnes en cultivos quirúrgicos con desescalado a ceftriaxona + daptomicina. Tras 2º tiempo y cumplir régimen de 5 semanas de antibiótico IV en total, se alta con doxiciclina oral 2 semanas más.



Resultados

En controles posteriores se objetiva nueva úlceras por presión en isquion y en herida de toracotomía lateral por presión remanente costal del 2º tiempo con manejo adecuado de curas.

Conclusiones

Los puntos que se han podido extraer en nuestra experiencia son los siguientes:

- 1- El diagnóstico diferencial es con la espondilodiscitis y tumoral.
- 2- Es progresivo y deformante, con inestabilidad, disautonomía y afectación medular si no se trata.
- 3- El manejo inicial es conservador.
- 4- La progresión afecta mayormente a niveles distales a la lesión o zona lumbar.
- 5- En tetra/parésico es recomendable readaptar la silla para prevenir úlceras de presión.

BIBLIOGRAFÍA:

- Artropatía de Charcot en el raquis. Experiencia en nuestro centro. A propósito de 13 casos. Revisión de la literatura. A. Del Arco Churruga, J.C. Vázquez Bravo, S. Gómez Álvarez, S. Muñoz Donat, M. Jordá Llona. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol. 65. Núm. 6. páginas 461-468 (Noviembre - Diciembre 2021).

