

SUBLUXACIÓN ATLOIDEO AXOIDEA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. ABORDAJE TRANSORAL

A. L. Gidekel¹ y A. Cristini

División Neurocirugía
Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Buenos Aires

ABSTRACT

We present a patient with Rheumatoid Arthritis with a prior atlanto-axiodal subluxation and a compression of the medulla and spinal cord.

The clinical case is described, and the several techniques and theories that could be practiced in the pathology are analyzed.

Trans oral approach with posterior fixation was performed obtaining subsequent decompression and alignment, are shown.

Key words: Trans oral approach, Rheumatoid Arthritis, Odontoid, Atlanto-axiodal subluxation.

Palabras clave: abordaje transoral, artritis reumatoidea, odontoides, luxación atloideo-axoidea.

INTRODUCCIÓN

Las patologías que pueden afectar la estabilidad de la charnela occipitocervical, la unión bulbo medular, el tercio inferior del clivus y la columna cervical alta, pasibles de ser tratadas por vía transoral son las siguientes: 1) invaginación basilar; 2) panus artrítico; 3) dislocación odonto clival, con invaginación basilar secundaria; 4) migración ascendente por pseudoartrosis de odontoides; 5) anomalías congénitas: a) platibasia; b) fusión del atlas al occipital; 6) heridas de bala y 7) tumores: a) cordomas; b) condromas; c) osteoblastomas y d) metástasis.

El abordaje transoral para las lesiones de la región atloideo axoidea, es una de las rutas que el neurocirujano debe tener presente ante eventualidades que requieran de su utilización.

En 1957 Southwick y Robinson resecaron un osteoma de cuerpo de C2 por esta vía⁴; Fang y Ong en 1962⁵ y Fang et al.⁶ en 1964 publicaron una serie de intervenciones exitosas con la utilización de esta vía.

Alan Crockard es uno de los cultores de esta técnica, la describe para su utilización en lesiones del clivus inferior y la unión cráneo cervical y de las dos primeras vértebras cervicales, cuando están afectadas en su porción ventral².

Puede utilizarse sola o combinada con una vía posterior, en la cual se proceda a la fijación occipitocervical².

Esta técnica es utilizada de preferencia en lesiones extradurales, siendo limitada su utilización en lesiones intradurales por el alto riesgo de infecciones y fistulas de L.C.R., además de las grandes dificultades que depara el cierre de la duramadre por ser ésta extremadamente delgada¹.

Las bases conceptuales de esta técnica son: accesibilidad, simplicidad y seguridad.

Accesibilidad: cavidad oral de por medio y a través de la mucosa y músculos faríngeos, se llega al objetivo,

Simplicidad: no requiere de grandes artilugios técnicos para llevarla a cabo.

Seguridad: no se encuentran en esta ruta elementos nobles que se interpongan.

DISCUSIÓN

El abordaje transoral a través de la pared faríngea posterior fue usado para el drenaje de abscesos retrofaríngeos durante muchos años.

Esta ruta provee acceso directo a la unión cráneo cervical, pero no ha ganado un lugar destacado en el armamento neuroquirúrgico. La razón puede atribuirse a los primeros casos publicados, que describieron complicaciones como infecciones, fistulas de L.C.R., exposiciones limitadas e inaceptable tasa de morbimortalidad⁷.

Las ventajas de este abordaje⁷ en relación a otros abordajes a la unión cráneo cervical, para patologías ventrales del raquis o lesiones inestables de la charnela, irreductibles, incluyen: 1) posibilidad de resección de tejidos de granulación, inflamatorios o tumorales, que solo son accesibles por esta vía; 2) el paciente se coloca en posición de extensión, lo que disminuye de angulación del tronco cerebral durante la cirugía; 3) la cirugía se realiza por un incisión mediana del rafe faríngeo, que es avascular; 4) la posición distante de las arterias vertebrales en la resección del arco anterior del atlas.

CONCLUSIÓN

Son tres las conclusiones a tener en cuenta con la presentación de este caso

1. Todo paciente con patología artrítica, que presenta sintomatología neurológica de probable compresión medular, debe ser estudiado y opera-

do rápidamente antes que se establezca la lesión mielopática.

2. El abordaje transoral, es seguro, rápido, eficaz, para el tratamiento de pacientes seleccionados con patologías compresivas del tronco cerebral en su cara ventral o de patología cérvicomedular.

3. Escasa morbilidad sin mortalidad siempre que la indicación de la cirugía sea por una lesión extradural.

Bibliografía

1. Crockard HA et al.: Transoral decompression and posterior fusion rheumatoid atlato-axial subluxation. **J Bone Joint Surg** 68: 350-356, 1986.
2. Crockard HA et al.: Transoral, transclival removal of a schwannoma anterior to the craniocervical junction. **J Neurosurg** 62: 293-295, 1985
3. Spetzler RF et al.: Transoral microsurgical odontoid resection and spinal cord monitoring. **Spine** 4: 506-510, 1979.
4. Southwick WO y Robinson RA: Surgical approaches to the vertebral bodies in the cervical and lumbar region. **J Bone Joint Surg** 39: 631-644, 1957.
5. Fang HSY y Ong GB: Direct anterior approach to the upper cervical spine. **J Bone Joint Surg** 44: 1.558-1.604, 1962.
6. Fang HSY y Ong GB et al.: Anterior spinal fusion. The operative approaches. **Clin Orthop** 35: 16-33, 1964.
7. Samii M y Knops E: Approaches to the clivus. Springer-Verlag, pp 7-19.
8. Greenberg AD: Atlanto-axial dislocation, **Brain** 91]: 655-684, 1968.