

7. Durand JP, Karoubi M, Anract P, Goldwasser F. Metástasis óseas: manejo multidisciplinario, conducta diagnóstica y terapéutica. EMC - Aparato Locomotor. 2013;46:1-16.

Manuel Vicente Mejía Ramírez de Arellano^{a,*},
Raquel Váñez Romero^b, Elena Romero Pisonero^c,
Cristina Zaragoza Brehscit^c y Carmen Alcaraz López^a

^a Servicio de Geriátría, Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid, España

^b Servicio de Traumatología, Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

^c Unidad de Paliativos, Hospital la Fuenfría, Cercedilla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mvmra73@gmail.com
(M.V. Mejía Ramírez de Arellano).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.008>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fractura de odontoides en un paciente anciano: a propósito de un caso



Odontoid fracture in an elderly patient: a case report

En los países desarrollados se está produciendo un importante envejecimiento poblacional. Los traumatismos son una de las principales causas de complicaciones, sobre todo en mayores de 80 años. Son más susceptibles a lesiones por traumatismos de baja energía, y al estar polimedicados se incrementa el riesgo de caídas y de complicaciones. Casi el 75% de los traumatismos en mayores de 65 años se producen por caídas¹.

Presentamos el caso de un varón de 84 años, sin hábitos tóxicos ni alergias. Autónomo para las actividades de la vida diaria, cognitivamente íntegro. En tratamiento con salmeterol/propionato de fluticasona 50/500 µg/12 h, bromuro de ipratropio 500 µg/2 ml/12 h, montelukast 10 mg/24 h, sertralina 50 mg y citalopram 20 mg/24 h, alprazolam 0,5 mg si precisara y una ampolla de cianocobalamina 1.000 mg al mes. Como antecedentes personales destacaban: asma severo, temblor esencial, osteopenia, fracturas costales previas y artrosis cervico-lumbar. Fue trasladado a urgencias, tras una caída accidental desde 2 m de altura, sin pérdida de consciencia. Presentaba amnesia peritraumática, cefalohematoma frontal, hematoma periocular, dolor cervical y torácico. Mantuvo estabilidad hemodinámica y un índice de Glasgow de 15. La tomografía computarizada (TC) evidenció un pequeño hematoma subdural agudo, fractura de cóndilos occipitales, fractura tipo III de apófisis odontoides (fig. 1), fractura doble del arco posterior del axis, fractura conminuta de cuerpos vertebra-

les D3-D5, fractura de manubrio y cuerpo esternales. Fue valorado por neurocirugía, sin objetivar déficits neurológicos, decidiéndose tratamiento no quirúrgico.

El paciente permaneció ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con collarín cervical Philadelphia con apoyo mentoniano. Presentó síndrome confusional agudo hiperactivo, insuficiencia respiratoria por inadecuado manejo de secreciones y 2 episodios de fibrilación auricular paroxística.

Ante la buena evolución se trasladó a la planta de geriatría, precisando 48 h después nuevo traslado a la UCI tras broncoaspiración que precisó intubación orotraqueal. Tras objetivarse mejoría clínica, volvió al servicio de geriatría, precisando tratamiento de úlceras por presión en barbilla y occipucio que evolucionaron favorablemente. Se trasladó a un hospital de media estancia para recuperación funcional. Tras 3 meses desde el politraumatismo fue dado de alta.

Al alta se encontraba eúneico, manteniendo buenas saturaciones, con adecuado control del dolor sin necesidad de férula cervical ni faja dorsolumbar. Siguió dieta con suplementos orales y espesantes por el grado de desnutrición al ingreso (albúmina 2,7 g/dl y colesterol 95 mg/dl) y por disfagia para líquidos. Fue dado de alta en tratamiento con salmeterol/propionato de fluticasona 50/500 µg/12 h, tapentadol 100 mg/12 h, teriparatida 20 µg/80 ml una vez al día, lormetazepam 1 mg/2 comprimidos diarios y midazolam 7,5 mg una vez al día. Se objetivaban datos de deterioro moderado multifactorial; con un índice de Barthel al alta de 45/100, Minni-Mental 9, Global Deterioration Scale 4. Asimismo buen estado anímico con 3 puntos en la escala de Yesavage. Volvió a domicilio con supervisión por cuidadores.

Las fracturas traumáticas de odontoides (FTO), son las más comunes de la columna cervical en ancianos presentando múltiples complicaciones. En mayores de 70 años, la incidencia es de 16 por cada 100.000 personas año. A pesar del aumento de la población de edad avanzada la mejor opción de tratamiento no está clara².

Existen 3 tipos de fracturas: a nivel del vértice de la odontoides (tipo I) o más comúnmente, en la base (tipo II). Las tipo III afectan al cuerpo del axis³.

Varios estudios comparan las complicaciones y la mortalidad asociadas al tratamiento no quirúrgico vs. quirúrgico de las FTO tipo II en pacientes mayores de 65 años. La mayoría muestran un beneficio significativo con el tratamiento quirúrgico⁴⁻⁶. No obstante, otros estudios muestran complicaciones y tasas de mortalidad similares independientemente del tratamiento^{7,8}.

Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes son: insuficiencia cardíaca, trombosis venosa profunda, ictus, neumonía, sepsis, insuficiencia respiratoria y hepática; presentándose en alrededor del 10% de los pacientes. La tasa media de mortalidad tras la cirugía está en torno al 10%⁹.

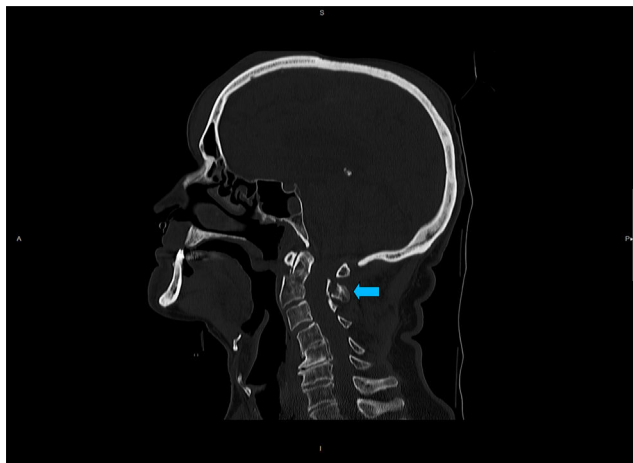


Figura 1. TC: fractura de odontoides.

En nuestro caso se optó por un tratamiento ortopédico dados los antecedentes de asma moderado y la evolución tórpida inicial. Como complicaciones desarrolló insuficiencia respiratoria secundaria a broncoaspiración, polineuropatía, úlceras por presión y disfagia orofaríngea.

No obstante, al no existir un acuerdo universal en la definición de edad en pacientes ancianos con fractura odontoidea, los estudios son heterogéneos y de baja evidencia. A parte, encontramos ciertas limitaciones como el sesgo de selección, al incluir a pacientes de elevado riesgo quirúrgico en la cohorte no quirúrgica, sobreestimando la mortalidad de esta cohorte. El desconocimiento de las comorbilidades individuales y los diferentes tiempos de seguimiento de los estudios, dificulta la obtención de conclusiones significativas. El único estudio prospectivo disponible, que analiza la calidad de vida previa y compara la situación funcional tras el tratamiento quirúrgico vs. no quirúrgico, concluye que existe un beneficio con el tratamiento quirúrgico en pacientes sin contraindicaciones quirúrgicas⁶.

En conclusión, son necesarios estudios prospectivos multicéntricos aleatorizados para determinar el mejor tratamiento¹. El uso de halo-chaleco tiene un potencial elevado de complicaciones y mortalidad, por lo que el collar cervical es una opción de bajo riesgo para el tratamiento conservador en ancianos. La cirugía se reservaría para fracturas inestables¹⁰. Dentro del tratamiento quirúrgico se recomienda el abordaje posterior, puesto que se consiguen mayores tasas de consolidación¹. En pacientes de elevado riesgo quirúrgico, una opción razonable puede ser la abstención terapéutica⁹.

Bibliografía

1. Ryang YM, Török E, Janssen I, Reinke A, Buchmann N, Gempt J, et al. Early Morbidity and Mortality in 50 Very Elderly Patients After Posterior Atlantoaxial Fusion for Traumatic Odontoid Fractures. *World Neurosurg*. 2016;87:381–91.
2. Hashmi A, Ibrahim-Zada I, Rhee P, Aziz H, Fain MJ, Friese RS, et al. Predictors of mortality in geriatric trauma patients: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76:894–901.
3. Kaji A, Hockberger R. Spinal column injuries in adults: Definitions, mechanisms, and radiographs. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [consultado 19 Ago 2016]. Disponible en: <https://rd.springer.com/article/10.1007%2F978-0-15-0057-0>
4. Stein G, Meyer C, Marlow L, Christ H, Müller LP, Isenberg J, et al. Type 2 dens fracture in the elderly and therapy-linked mortality: Conservative or operative treatment. *Unfallchirurg*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1007/s00113-015-0057-0>.

5. Schroeder GD, Kepler CK, Kurd MF, Paul JT, Rubenstein RN, Harrop JS, et al. A Systematic Review of the Treatment of Geriatric Type II Odontoid Fractures. *Neurosurgery*. 2015;77 Suppl 4:S6–14.
6. Vaccaro AR, Kepler CK, Kopjar B, Chapman J, Shaffrey C, Arnold P, et al. Functional and quality-of-life outcomes in geriatric patients with type-II dens fracture. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95:729–35.
7. Robinson Y, Robinson AL, Olerud C. Systematic review on surgical and non-surgical treatment of type II odontoid fractures in the elderly. *Biomed Res Int*. 2014;2014:231948.
8. Graffeo CS, Perry A, Puffer RC, Carlstrom LP, Chang W, Mallory GW, et al. Deadly falls: Operative versus nonoperative management of type II odontoid process fracture in octogenarians. *J Neurosurg Spine*. 2017;26:4–9.
9. White AP, Hashimoto R, Norvell DC, Vaccaro AR. Morbidity. Mortality Related to Odontoid Fracture Surgery in the Elderly Population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35 Suppl 9:S146–57.
10. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M. Fractura de odontoides en un paciente anciano con mala evolución final: a propósito de un caso y revisión de la bibliografía existente. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:139–41.

Amaia Arrieta Salinas^{a,*}, Vincenzo Malafarina^{b,c},
Luis Miranda Orella^d y Nicolás Martínez Velilla^{b,e,f}

^a Atención Primaria, Centro de Salud Chantrea, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Geriátrica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Departamento de Nutrición, Ciencias de la Alimentación y Fisiología, Facultad de Farmacia y Nutrición, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^d Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^e Navarrabiomed, CIBER de Fragilidad y Envejecimiento, Pamplona, Navarra, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amaia.arrieta.salinas@navarra.es
(A. Arrieta Salinas).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.006>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colesteatoma congénito gigante en paciente octogenario



Giant congenital cholesteatoma in an octogenarian patient

El colesteatoma congénito (CC) es un acúmulo de tejido epitelial queratinizado, de color blanquecino, situado dentro del oído medio, o más raramente en la mastoidea¹. Es una enfermedad benigna que aparece en un oído previamente sano², con un tímpano intacto y sin historia previa de otorreas, perforación timpánica o procedimientos quirúrgicos otológicos previos³. El origen del CC es la implantación de epitelio en esta cavidad tras atravesar, durante el crecimiento embrionario, las suturas óseas que rodean la mastoidea. Tras esta migración primaria, la lesión crecería como colesteatoma dentro de la misma^{4–8}.

El CC representa el 2–4% de todos los colesteatomas, siendo en la edad pediátrica alrededor del 4–24%⁸. Dada su baja incidencia en la población adulta (existen muy pocos casos publicados en adultos de más de 60 años) se carece de datos de prevalencia o incidencia de la misma. Presentamos un caso ilustrativo de CC en un octogenario.

Varón de 89 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó en nuestra unidad de agudos con un cuadro de 3 semanas de evolución de fiebre, astenia generalizada, somnolencia, anorexia con pérdida de 5 kg de peso en el último mes y cefalea hemisférica derecha de carácter opresivo.

Su situación basal previa era excelente, con un índice de Barthel de 100/100, sin alteraciones en la esfera mental ni afectiva, y con excelente apoyo familiar.

La exploración física incluida la neurológica fue normal. En la analítica sanguínea destacaba: PCR 140, leucocitos 13.160, neutrofilia 11.030, albúmina 2,46 g/dl, prealbúmina de 9,1 mg/dl y proteína enlazante de retinol 1,83 mg/dl. En el sistemático de orina se observó hematuria microscópica con urocultivo y antígenos bacterianos en orina negativos. Se realizaron radiografía de tórax y abdomen en las que no se objetivaron hallazgos significativos, así como el test de Mantoux, que fue negativo, y ecocardiograma transtorácico en el que no se encontraron signos que sugiriesen endocarditis infecciosa.

En la TAC craneal se objetivó una posible lesión en la región mastoidea derecha por lo que se realizó una TAC de oídos, y posteriormente una RM en la que se confirmó la existencia de un CC