

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Tendinitis retrofaríngea, plexopatía braquial y síndrome de Horner como consecuencia de una postura cervical anómala

Retropharyngeal tendinitis, brachial plexopathy and Horner's syndrome from an anomalous cervical posture

José Ignacio Benito-Orejas (1), Luis Miguel Torres-Morientes (1), Nieves Fernández-Buey (2), Margarita Rodríguez-Velasco (3), Darío Morais-Pérez (1).

Hospital Clínico Universitario. Servicio de ORL (1), Servicio de Neurología (2), Servicio de Radiología (3), Valladolid, España.

jjbenito@ono.com

Recibido: 20/08/2014

Aceptado: 22/09/2014

Publicado: 27/09/2014

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Benito-Orejas JI, Torres-Morientes LM, Fernández-Buey N, Rodríguez-Velasco M, Morais-Pérez D. Tendinitis retrofaríngea, plexopatía braquial y síndrome de Horner como consecuencia de una postura cervical anómala. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2014 Sep. 5 (23): 186-194

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Presentamos el caso clínico de un paciente que, a consecuencia de una mala postura cervical, manifiesta una sintomatología y exploración compatibles con tendinitis retrofaríngea, síndrome de Horner y plexopatía braquial del mismo lado. No habiendo encontrado en la literatura una descripción similar, analizamos las características y posible fisiopatología de esta rara asociación. Caso clínico: Tras consumir en exceso alcohol y drogas, un hombre joven se queda dormido, inmóvil durante horas, con la cabeza inclinada sobre el hombro izquierdo. Al despertar acude a urgencias por presentar un intenso dolor de nuca y pérdida de sensibilidad en el cuello y miembro superior derecho. Posteriormente refiere dolor de garganta. La exploración clínica, analítica y radiológica permite el diagnóstico de síndrome de Horner, plexopatía braquial y tendinitis retrofaríngea del lado derecho. Discusión: Son pocos los casos publicados en los que una mala postura desencadene una tendinitis retrofaríngea, una plexopatía braquial o un síndrome de Horner y el único conocido por nosotros donde la extensión cervical forzada sea la causa de esta triple asociación. Las alteraciones neurológicas se diagnosticaron a través de la exploración clínica y radiológica, pero la tendinitis retrofaríngea ofrece una sintomatología y una exploración que puede confundirse con otras patologías de mayor trascendencia. Conclusión: Creemos que la postura produjo un estiramiento del "músculo longus colli", del plexo braquial y de las fibras cervicales simpáticas preganglionares, desencadenando este cuadro clínico, que nunca hemos visto anteriormente descrito en la literatura.</p>
Palabras clave	<p>Dolor de garganta; dolor de cuello; tendinitis retrofaríngea; trastornos de cefalalgia; síndrome de Horner; neuropatías del plexo braquial.</p>
Summary	<p>Introduction and objective: We present a clinical case of a patient who, because of an incorrect cervical posture, displayed symptoms and examination compatible with retropharyngeal tendinitis, Horner's syndrome and brachial plexopathy all on the same side. We have not seen a similar case described in the literature. The characteristics and possible physiopathology of this rare association is analysed. Case report: After excessive alcohol and drug consumption, a young man fell asleep and lay immobile for hours with his head bent towards his left shoulder. Upon awakening, he went to emergency services due to severe pain in the nape of his neck and loss of feeling in his neck and upper right arm. He later reported severe throat pain. Physical examination, analytical tests and x-rays yielded the diagnosis of retropharyngeal tendinitis, Horner's syndrome and brachial plexopathy of the right side. Discussion: There are few published cases where poor posture triggers a tendinitis retropharyngeal, brachial plexopathy or Horner Syndrome and the only one we know, where forced cervical extension causes the association of the three pictures. Neurological alterations were quickly diagnosed through clinical and radiological examination, but the retropharyngeal tendinitis offers a symptomatology and exploration which can be confused with other pathologies of greater importance. Conclusions: We feel the patient's posture stretched the "longus colli muscle", brachial plexus and preganglionic sympathetic fibres, triggering this associated condition, which we have not seen before in the literature.</p>
Keywords	<p>Sore throat; neck pain; retropharyngeal tendinitis; headache disorders; Horner syndrome; brachial plexus neuropathies.</p>

Introducción

La tendinitis retrofaríngea es un proceso muy infrecuente que, según los criterios de la Internacional Headache Society (IHS) [1], se caracteriza

clínicamente por rigidez de cuello, nuchalgia que se incrementa con la retroflexión de la cabeza y a veces dolor a la deglución. La radiología cervical muestra un engrosamiento de los tejidos blandos prevertebrales (músculo "longus colli" o largo del cuello) donde en ocasiones puede aparecer material calcificado. El músculo largo del cuello, flexor cervical, se sitúa a ambos lados de la superficie anterior de la columna vertebral, desde el atlas a la 3ª vértebra torácica, recubierto anteriormente por la capa profunda de la fascia cervical [2] (figura 1).

Clásicamente, los componentes fundamentales que definen el síndrome de Claude Bernard Horner son: ptosis, miosis y anhidrosis del mismo lado de la cara [3, 4]. El síndrome de Horner se produce a consecuencia de la interrupción de la vía simpática ocular. Desde el sistema nervioso central (hipotálamo), las fibras preganglionares abandonan la médula espinal a través de las raíces nerviosas C8, T1 y T2 y ascienden por la cadena simpática cervical hasta el ganglio cervical superior, donde establecen sinapsis con las fibras postganglionares que alcanzan el ojo por diferentes rutas [3]. El músculo de Müller que recibe inervación simpática, actúa como elevador accesorio del párpado y al paralizarse, el ojo sufre ptosis. El simpático también inerva el músculo dilatador del iris, y como consecuencia de la denervación, el predominio parasimpático resulta en miosis. Finalmente, además de los filetes oculosimpáticos e iridodilatadores, el ganglio cervical superior conduce fibras vasoconstrictoras, sudoríparas y piloerectoras para la mitad de la cara, donde llegan a través del plexo de la carótida externa, tras anastomosis con las tres primeras raíces cervicales. Al interrumpirse esta vía, a nivel central o preganglionar, se produce enrojecimiento y trastornos de la sudoración (anhidrosis) de la mitad de la cara.

El plexo braquial se dispone firmemente sujeto proximalmente a las vértebras y fascia prevertebral y distalmente a la vaina axilar (figura 1). Esta relativa inmovilidad, facilita el daño por estiramiento [5].

Hasta donde llega nuestro conocimiento, la aparición sincrónica de tendinitis retrofaríngea, síndrome de Horner y plexopatía braquial, es la primera vez que se describe en la literatura.

Descripción

Varón de 31 años de edad, que acude al servicio de urgencias porque al despertarse por la mañana nota un intenso dolor en la nuca que se incrementa con los movimientos del cuello, y una pérdida de sensibilidad en el pabellón auricular, región látero-cervical y extremidad superior derechas. También refiere inflamación del lado derecho de la cara con caída del párpado superior. El paciente nos cuenta que la noche anterior había realizado un gran consumo de alcohol y drogas, quedándose dormido con la cabeza extendida e inclinada hacia el hombro izquierdo.

La exploración evidencia la falta de sensibilidad descrita y un síndrome de Horner derecho, por lo que el servicio de Neurología decide su ingreso para estudio. La temperatura axilar es normal y en la analítica sanguínea hay una leucocitosis de 20.6, sin neutrofilia, con velocidad de sedimentación globular (VSG) normal y una gran elevación de la enzima creatínfosfoquinasa (CPK) de 4000 U/L (rango normal: 25-195 U/L). El análisis de orina dio positivo para opiáceos, cocaína, benzodiacepinas y etanol.

A las pocas horas, el paciente experimenta un intenso dolor a la deglución en el lado

derecho de su garganta, motivo por el que se nos solicita valoración otorrinolaringológica. La exploración faríngea directa y con fibroscopia flexible resulta aparentemente normal. En la resonancia magnética nuclear (RMN) se observa un aumento del grosor y de la señal del espacio retrofaríngeo prevertebral derecho, que se extiende desde C3 hasta C7 (figura 2). Así mismo se aprecia una plexopatía braquial derecha (figura 3).

Considerando la forma de presentación (posición forzada, ausencia de fiebre e inflamación prevertebral unilateral) y tras revisar la literatura, sospechamos un cuadro de tendinitis retrofaríngea, asociado al síndrome de Horner y a la plexopatía braquial derechas. Iniciamos entonces un tratamiento analgésico-antiinflamatorio con mejoría progresiva, desapareciendo la clínica sensitiva e inflamatoria, normalizándose las cifras de CPK y disminuyendo el engrosamiento retrofaríngeo, por lo que el paciente es dado de alta a los 10 días con persistencia del síndrome de Horner del lado derecho.

Discusión

La tendinitis retrofaríngea (también denominada tendinitis calcificada prevertebral o del músculo largo del cuello) [6] fue inicialmente descrita por Fahlgren y Löfstedt en 1963 [7] y en lengua inglesa por Hartley en 1964 [8]. Es una patología infrecuente (con menos de 100 casos descritos en la literatura) [9] aunque probablemente infradiagnosticada [10, 11]. Sin embargo se trata de un proceso habitual en las grandes articulaciones de la cadera y el hombro [12], como por ejemplo la tendinitis calcificada del tendón del músculo supraespinoso [13]. Su mayor prevalencia se sitúa entre la 3ª y la 6ª décadas de la vida, con un rango de edad entre 21 y 65 años [9], sin preferencia de sexo [2, 9].

No se conoce con precisión ni la causa ni la fisiopatología de este proceso [13]. Ring et al [14], demuestran en 1994 la presencia de depósitos de cristales de hidroxapatita cálcica en las fibras oblicuas superiores del músculo largo del cuello (figura 1).

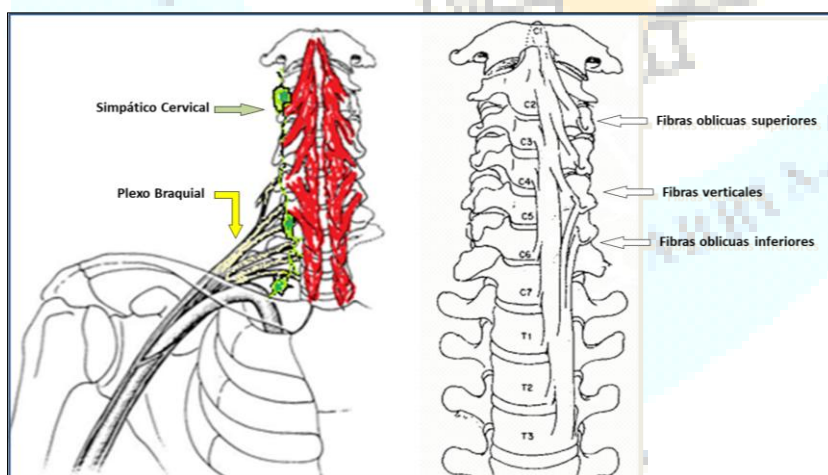


Figura 1. Ilustración esquemática de la situación del músculo largo del cuello, cadena simpática cervical y plexo braquial (modificado de Cooper et al, 1988 [5]). Como se aprecia en el lado derecho de la imagen, el músculo largo del cuello está constituido por 3 haces musculares: las fibras oblicuas superiores que van desde los tubérculos anteriores de las apófisis transversas C3-C5 al tubérculo anterior del atlas; las fibras verticales que se extienden desde los cuerpos de las primeras vértebras torácicas y últimas cervicales a los cuerpos de las vértebras cervicales superiores y finalmente las fibras oblicuas inferiores, que se extienden desde los cuerpos de las vértebras T1-T3 a los tubérculos anteriores de las apófisis transversas de las vértebras C5-C6 (modificado de Zibis et al, 2013 [20]).

Se consideran factores de riesgo, los traumatismos de repetición y en general cualquier proceso isquémico o inflamatorio, que actuaría favoreciendo la formación de estos cristales. Una infección aguda de las vías respiratorias superiores o un traumatismo podrían provocar su ruptura, desencadenando una reacción inflamatoria similar a la de un cuerpo extraño, con edema y colección de fluido en el espacio prevertebral [2, 15-16].

El diagnóstico es puramente clínico, apoyado por el estudio radiológico [1, 15-19]. Sin embargo, la tendinitis retrofaríngea ofrece una sintomatología y exploración que el otorrinolaringólogo debe conocer por su similitud con otros diagnósticos de mayor trascendencia [6, 9-10, 13, 15]. Según la IHS, este proceso debe diferenciarse de una disección carotídea, de un absceso retrofaríngeo y de una infección vertebral [1]. De acuerdo a la revisión de Park et al (2010) [9], los síntomas más frecuentes son el dolor de cuello (94%), la limitación de la movilidad cervical (45%), la odinofagia (45%), la rigidez cervical (42%) y la disfagia (27%). En sangre, puede existir una discreta elevación leucocitaria y a veces también de la VSG y proteína C reactiva [9]. Por fibroendoscopia se observa a veces un discreto abombamiento de la pared posterior de la nasofaringe [9].

La radiografía cervical lateral y la tomografía computarizada (TC) muestran un engrosamiento de los tejidos blandos retrofaríngeos, resultado del edema asociado a la inflamación del músculo largo el cuello [2, 13]. La TC se considera la prueba de imagen fundamental para diagnosticar esta entidad, al permitir detectar sus dos principales características, el edema prevertebral y las posibles calcificaciones del tendón [11, 20]. A diferencia de una infección aguda del espacio retrofaríngeo, no se ven adenopatías de aspecto abscesificado. Si aparecen focos de calcificación, se facilita el diagnóstico de certeza (tendinitis retrofaríngea calcificada) [2, 15]. Uhthoff y Loehr (1997) [21] proponen hasta 5 estadios diferentes en el curso natural de este proceso.

Aunque no imprescindible, la RMN en cortes sagitales y en T2, muestra un área de elevada intensidad de señal en la musculatura prevertebral [13] (figura 2). En el caso clínico presentado, también observamos un marcado aumento de señal en secuencias TR largo a nivel del plexo braquial derecho (figura 3), poniendo en evidencia la plexopatía [22].

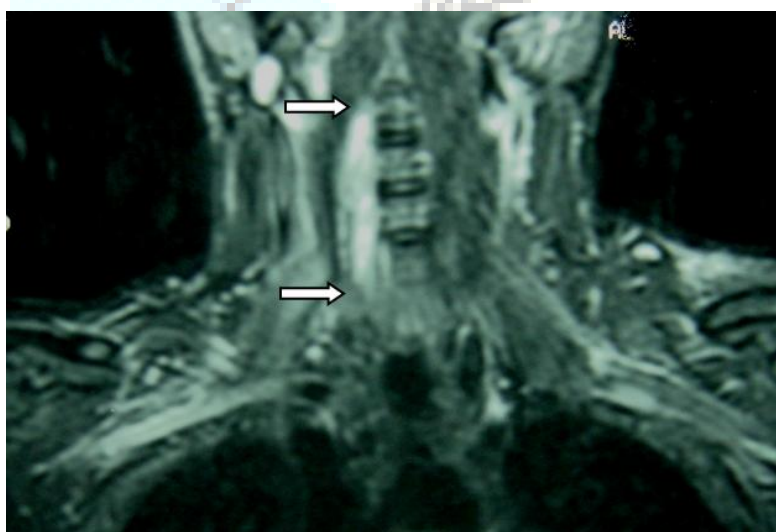


Figura 2. RMN coronal (TR 5560/TE 43.6/T1 150) que muestra un incremento del grosor y de la señal en el músculo prevertebral largo del cuello del lado derecho (flechas), que se extiende desde C3 hasta C7.

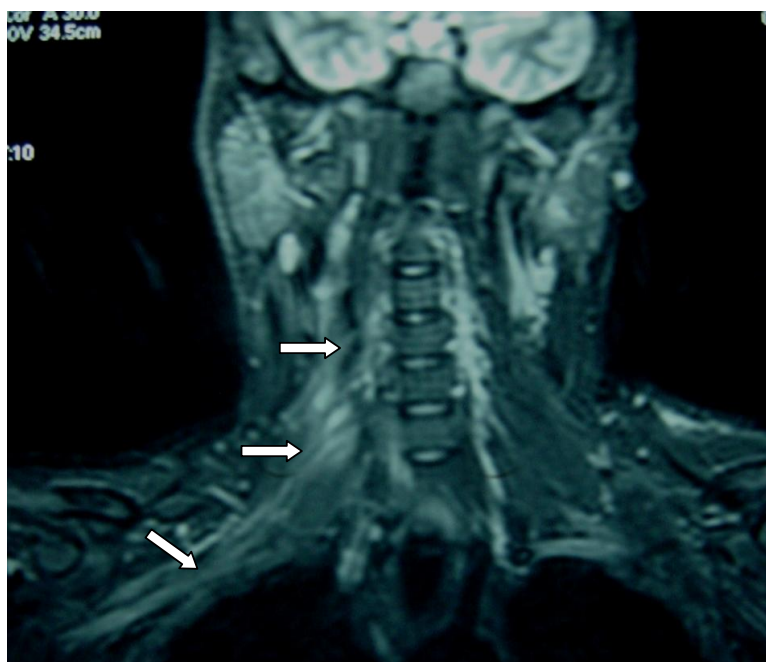


Figura 3. RMN coronal (TR 5560/TE 43.6/TI 150) donde se observa un notable incremento de la señal a nivel de los segmentos cervical y supraclavicular del plexo braquial derecho (flechas blancas).

Desde el punto de vista fisiopatológico creemos que el abuso de alcohol y drogas produjo en el paciente un estado semi-inconsciente, que favoreció la relajación muscular y una postura cervical antifisiológica, durante un tiempo prolongado (figura 4).

La parálisis nerviosa consecuencia de estiramientos o compresiones mantenidas es bien conocida. Un ejemplo es la "parálisis del sábado por la noche", que aparece en el nervio radial por compresión de este nervio contra el húmero. Otro ejemplo podría ser la plexopatía braquial y el síndrome de Horner secundarios a un traumatismo obstétrico por estiramiento [3]. La tracción mantenida de la musculatura prevertebral sería responsable de la tendinitis del músculo largo del cuello y la extensión y flexión lateral de la cabeza hacia el lado izquierdo pudo estirar el plexo braquial al abrir el ángulo entre la cabeza y el acromion del hombro derecho (figura 4). Este estiramiento provocaría isquemia de los "vasa nervorum" intraneurales. Del mismo modo, en los pocos casos publicados de síndrome de Horner secundario a mal posición cervical [23-24] se supone que el mecanismo lesional sería la isquemia generada por el estiramiento de las fibras simpáticas preganglionares.

La tendinitis retrofaringea tiene un curso limitado y espontáneamente se resuelve después de 1-2 semanas. Los antiinflamatorios no esteroideos y la inmovilización consiguen la mejoría sintomática [1-2, 10-20]. Todos los casos publicados de lesión del plexo braquial causados por una mala posición, desencadenan o una neuroaparaxia o una axonotmesis y la recuperación es la norma [5, 22]. Por desgracia desconocemos la evolución que tuvo el síndrome de Horner en el paciente, pues no acudió a las revisiones pautadas.

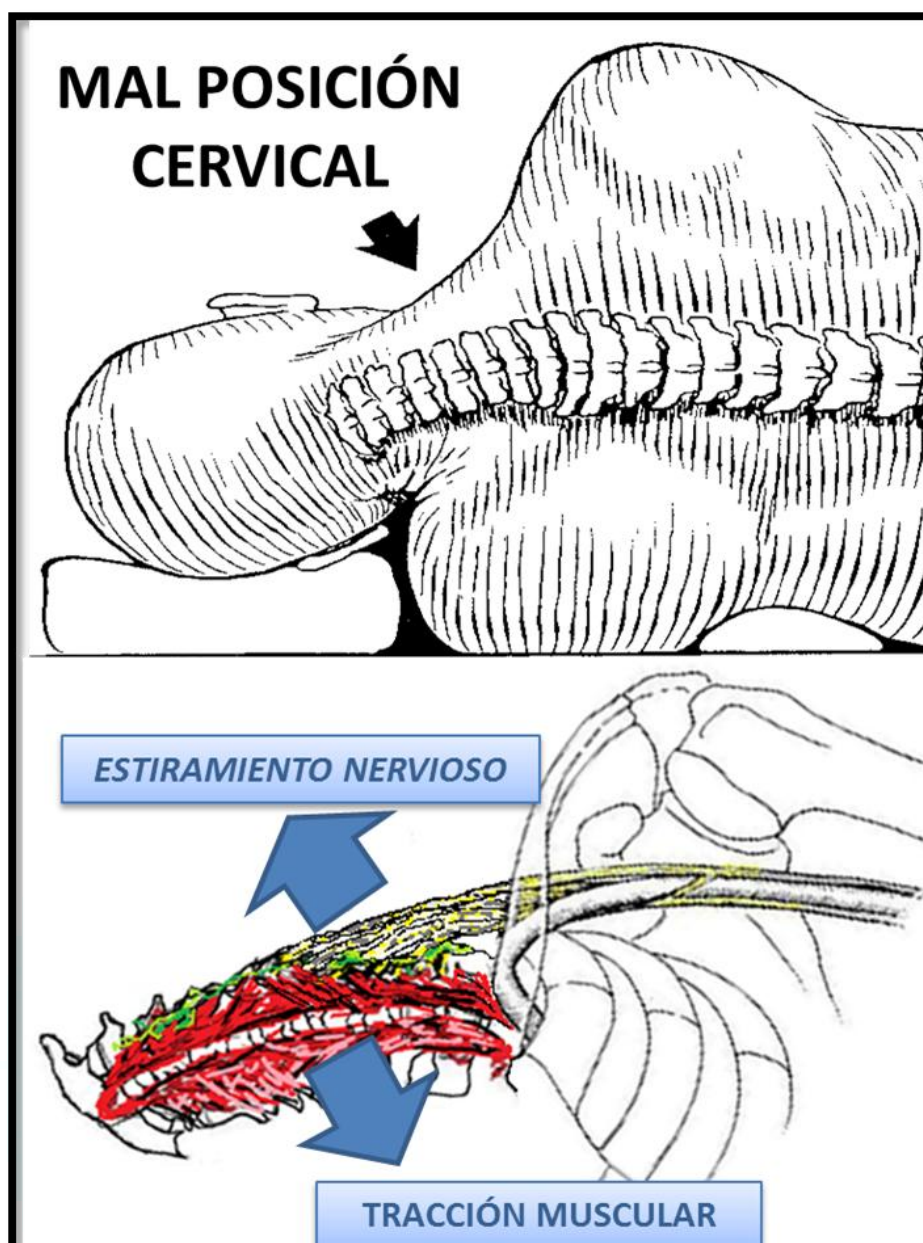


Figura 4. Diagrama esquemático de las vértebras cervicales en un paciente apoyado sobre el lado izquierdo (modificado de Jaffe et al, 1982 [23]). En la parte inferior de la imagen se representa el mecanismo por el que suponemos se produjo el daño. La mala postura mantenida (estiramiento del cuello hacia el hombro izquierdo) desencadenó por tracción, la tendinitis del músculo largo del cuello del lado derecho y el estiramiento del plexo braquial y de la cadena simpática, fue la causa de las lesiones nerviosas derechas.

Conclusiones

La tendinitis retrofaringea se manifiesta con una sintomatología y exploración que puede confundirse con otros padecimientos más graves, como el absceso retrofaringeo, la disección carotidea y la infección cervical. Por tal motivo, aunque se trata de un trastorno infrecuente, su conocimiento es importante para el otorrinolaringólogo.

En el paciente presentado, la malposición de la cabeza y del cuello causó la tendinitis retrofaringea, como consecuencia de una tracción mantenida de la musculatura

prevertebral. Esta mala postura fue también responsable del daño neural por estiramiento del plexo braquial y del simpático cervical, que condujeron a la aparición de una plexopatía braquial y de un síndrome de Horner del mismo lado. La asociación de estos tres procesos es la primera vez que la encontramos descrita en la literatura.

Bibliografía

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1):1-160.
2. Artenian DJ, Lipman JK, Scidmore GK, Brant-Zawadzki M. Acute neck pain due to tendonitis of the longus colli: CT and MRI findings. Neuroradiology. 1989; 31: 166-69.
3. Lee JH, Lee HK, Lee DH, Choi CG, Kim SJ, Suh DC. Neuroimaging strategies for three types of Horner syndrome with emphasis on anatomic location. AJR. 2007; 188:W74-W81.
4. Fuente-Cañibano R, Muñoz-Herrera AM. Causas Otorrinolaringológicas de síndrome de Claude-Bernard-Horner. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2010; 1:1-9.
5. Cooper DE, Jenkins RS, Bready L, Rockwood CA. The prevention of injuries of the brachial plexus secondary to malposition of the patient during surgery. Clin Orthop. 1988; 228:33-41.
6. Gabra N, Balair M, Ayad T. Retropharyngeal calcific tendinitis mimicking a retropharyngeal phlegmon. Case Rep Otolaryngol. 2013; 2013:912628. doi: 10.1155/2013/912628.
7. Ekborn K. Retropharyngeal tendonitis. Headache. 2009; 49:1549-50.
8. Hartley J. Acute cervical pain associated with retropharyngeal calcium deposit: a case report. J Bone Joint Surg. 1964; 46:1753-54.
9. Park R, Halpert DE, Baer A, Kunar D, Holt PA. Retropharyngeal calcific tendinitis: case report and review of the literature. Semin Arthritis Rheum. 2010; 39:504-09.
10. Fahlgren H. Retropharyngeal tendonitis: three probable cases with an unusually low epicentre. Cephalalgia. 1988; 8:105-10.
11. Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A, Fliss DM, Wasserzug O. Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (longus colli tendinitis) in the general population. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 148:955-58.
12. DeMaeseneer M, Vreugde S, Laureys S, Sartoris DJ, De Ridder F, Osteaux M. Calcific tendinitis of the longus colli muscle. Head Neck. 1997; 19:545-58.
13. Chung T, Rebello R, Gooden EA. Retropharyngeal calcific tendonitis: case report and review of literature. Emergency Radiology. 2005; 11:375-80.
14. Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN, Garfin SR. Acute calcific retropharyngeal tendonitis. Clinical presentation and pathological characterization. J Bone Joint Surg Am. 1994; 76:1636-42.
15. Rosbe KW, Meredith SD. Radiology forum: imaging quiz case 2. Calcific tendonitis of the longus colli muscle. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 126:1031-35.
16. Ahmed OH, German MA, Handwerker J, Bhandarkar ND. Radiology quiz case 2. Acute calcific tendonitis of the longus colli (also known as calcific retropharyngeal/prevertebral tendonitis). Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2012; 138:599-600.
17. Kirsch J, Garza I. Longus colli tendonitis. Headache. 2009; 49:753-55.
18. Pope LE, McHale E, Pretorius PM, Bottrill I. Radiology quiz case 1. Calcific prevertebral tendonitis (also known as calcific retropharyngeal tendonitis and

- calcific tendinitis of the longus colli). Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 137:953-54.
19. Inokuchi R, Wada T, Ohta F, Sonoo T, Aoki Y, Asada T, et al. Images in emergency medicine. A healthy young man with neck sprain. Retropharyngeal tendonitis. Ann Emerg Med. 2014; 63:86, 95.
 20. Zibis AH, Giannis D, Malizos KN, Kitsioulis P, Arvanitis DL. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: case report and review of the literature. Eur Spine J. 2013; 22 Suppl 3:S434-38.
 21. Uthoff HK, Loehr JW. Calcific tendinopathy of the rotator cuff: pathogenesis, diagnosis, and management. J Am Acad Orthop Surg. 1997; 5:183-91.
 22. Tola-Arribas MA, Yugueros-Fernández MI, Fernández-Buey N. Resonancia magnética en la plexopatía braquial. Rev Neurol. 1997; 25:661-63.
 23. Jaffe TB, McLeskey CH. Position induced Horner's syndrome. Anesthesiology. 1982; 56:49-50.
 24. Thompson CG. Horner's syndrome resulting from a prolonged abnormal posture during coma. Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology. 1998; 26:165-67.

