

## Tendinitis del tendón largo del cuello: un imitador inusual del ictus isquémico



### Longus colli tendinitis: An unusual stroke mimic

Sr. Director:

La tendinitis aguda calcificada del tendón largo del cuello (tendinitis *longus colli* o tendinitis retrofaríngea) es un proceso inflamatorio aséptico que se caracteriza por dolor y rigidez cervical, disfagia con o sin odinofagia.

Presentamos el caso de un paciente con disartria y disfagia súbitas en el que se sospechó la etiología neurovascular como primera posibilidad.

Desde el servicio de urgencias se avisa al neurólogo de guardia para valorar a un paciente que consulta por disartria, disfagia súbita y dolor cervical, ante la sospecha de disección de la arteria vertebral. Se trata de un varón de 60 años, fumador, con antecedentes médicos de hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo primario, que consulta por dolor laterocervical izquierdo que se acompaña de disfagia y odinofagia para sólidos y líquidos, así como voz engolada y disartria, desde el despertar.

El paciente no refiere traumatismos, niega alteración visual, pérdida de fuerza o alteración sensitiva. En días previos niega fiebre, disnea, no sialorrea, no infección de vías respiratorias altas, no antecedentes de ingesta de cuerpo extraño o espina de pescado.

A su llegada, el paciente se encuentra normotenso, eupneico. En la exploración neurológica presenta leve disartria y leve rigidez de nuca, con dolor intenso a la movilización cervical. No presenta afectación de pares craneales bajos (IX, X, XI, XII). En la exploración otorrinolaringológica mediante nasofibrolaringoscopia llama la atención un discreto abombamiento de pared faríngea posterolateral izquierda. La laringe es eritematosa, las cuerdas vocales son lisas y móviles, no objetivándose masas.

Se realizó una TC de cuello con contraste intravenoso que mostró una colección en el espacio prevertebral, sin realce periférico asociado, que se extiende desde C2 a C5, asociado a calcificación en su porción más craneal, siendo estos hallazgos compatibles con tendinitis del tendón largo del cuello (figs. 1 y 2).

Iniciamos tratamiento médico con antiinflamatorios, corticoides, reposo relativo y calor local. El paciente presentó mejoría sintomatológica notable en horas, en cuanto a dolor y disfagia, así como resolución completa del cuadro clínico en 5 días.

La tendinitis aguda calcificada del tendón largo del cuello fue descrita por primera vez por Hartley en el año 1964<sup>1</sup>. Esta entidad cursa con dolor y rigidez cervical, disfagia, odinofagia, entre otros síntomas. Puede acompañarse de una elevación de marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva (PCR) o la velocidad de sedimentación globular (VSG), así como de leucocitosis leve y febrícula.

La fisiopatología no es bien conocida, aunque se han identificado algunos desencadenantes previos, como traumas recientes e infecciones respiratorias víricas previas<sup>2-4</sup>.

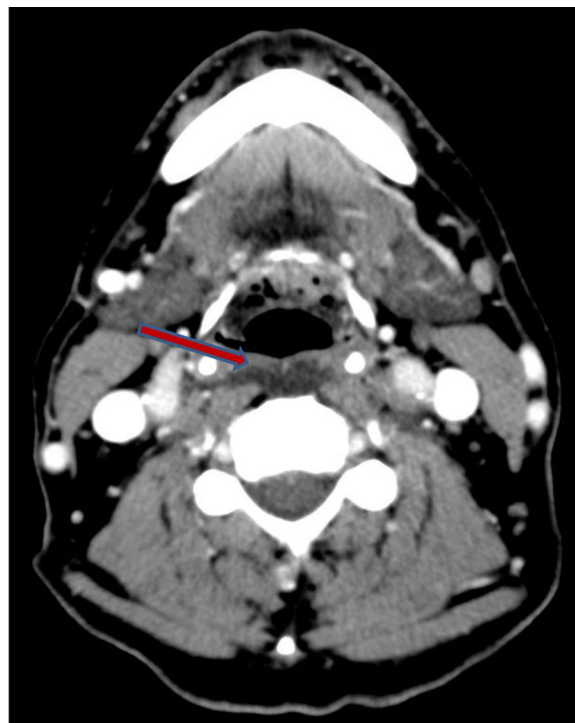


Figura 1 Imagen axial de la TC de cuello con CIV, donde se identifica colección prevertebral, sin realce periférico asociado.

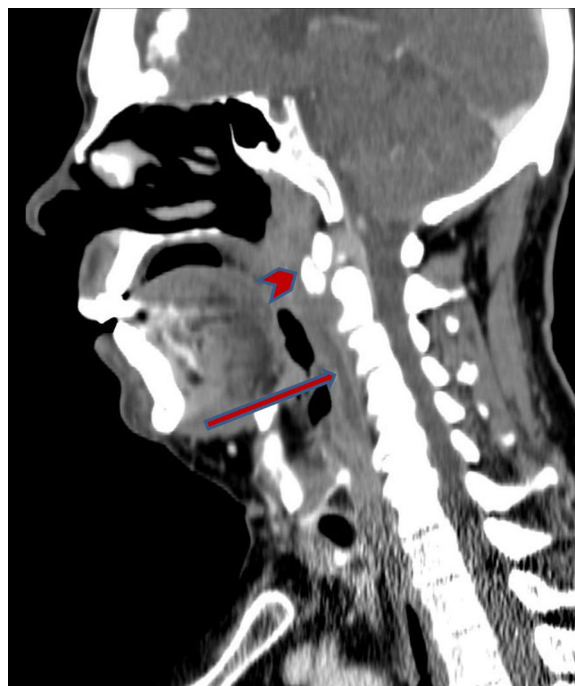


Figura 2 Corte sagital de TC de cuello con CIV, evidenciando colección prevertebral sin realce periférico asociado (flecha) y calcificación en el tendón del músculo *longus colli* a la altura de C2 (punta de flecha).

Las pruebas de imagen juegan un papel fundamental, especialmente la TC cervical, que muestra un tendón calcificado típicamente a nivel retrofaríngeo C1-C2, asociado a edema prevertebral de partes blandas<sup>5</sup>.

El conocimiento de esta entidad infrecuente e infradiagnosticada es crucial para el neurólogo y el otorrinolaringólogo en el servicio de urgencias, ya que en su diagnóstico diferencial se engloban algunas urgencias neurológicas graves como las meningitis, las hernias discales, la disección de la arteria vertebral o la espondilodiscitis, así como algunas enfermedades susceptibles de tratamiento quirúrgico como los abscesos retrofaríngeos<sup>6</sup>.

El curso clínico es benigno, y el tratamiento se basa en el reposo relativo, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), junto con opioides y corticoesteroides en los casos más refractarios. Los síntomas se suelen resolver entre 1-3 semanas de forma completa.

## Agradecimientos

A la Dra. María Machío por su asesoramiento metodológico y a la Dra. Blanca Mateos por el asesoramiento clínico.

## Bibliografía

- Hartley J. Acute cervical pain associated with retropharyngeal calcium deposit. A case report. *J Bone Joint Surg Am*. 1964;46:1753-4.

- Jiménez S, Millán JM. Calcific retropharyngeal tendinitis: A frequently missed diagnosis. Case report. *J Neurosurg Spine*. 2007;6:77-80.
- Coulier B, Maccim M, Desgain O. Retropharyngeal calcific tendinitis-*longus colli* tendinitis-an unusual cause of acute dysphagia. *Emerg Radiol*. 2011;18:449-51.
- Roldan CJ, Carlson PJ. *Longus colli* tendonitis, clinical consequences of a misdiagnosis. *Am J Emerg Med*. 2013;31:1538.e1-2.
- 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):S434-8.
- 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;31:166-9.

M. Oses<sup>a,\*</sup>, L. Cubillos-del Toro<sup>b</sup>, A. Alcázar<sup>c</sup> y A. Herranz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marta.oses.lara@gmail.com](mailto:marta.oses.lara@gmail.com) (M. Oses).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.012>  
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología.

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

## Síndrome de encefalopatía posterior reversible: a propósito de un caso clínico



### Posterior reversible encephalopathy syndrome: A case report

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR) es una entidad clínico-radiológica, que se caracteriza por el inicio agudo o subagudo de cefaleas, alteraciones del estado de conciencia, manifestaciones visuales, convulsiones, náuseas, vómitos y alteraciones diagnosticadas por imagen, generalizadas de predominio posterior y reversibles<sup>1-3</sup>. Habitualmente aparece en el contexto de enfermedades sistémicas, y en edad pediátrica se ha identificado en el contexto de insuficiencia renal, terapia con inmunosupresores y quimioterapia, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial (HTA), idiopática, entre otras<sup>1,4,5</sup>. Aproximadamente entre el 70-80% de los enfermos se verifica con HTA de moderada a grave<sup>2,6,7</sup>. La resonancia magnética cerebral (RMN-C) es fundamental para el diagnóstico, indicando la presencia de un edema

bilateral que rodea la sustancia blanca, preferentemente en la zona posterior (lóbulos parietales y occipitales)<sup>2,3,8,9</sup>. Su fisiopatología es desconocida, y se apunta a diversos mecanismos, probablemente coexistentes en algunos casos: pérdida de la autorregulación vascular originando hiperperfusión, vasoconstricción sistémica con hipoperfusión, y disfunción o lesión endotelial con lesión de la barrera hematoencefálica<sup>9,10</sup>. La sintomatología desaparece completamente cuando se corrige a tiempo la causa subyacente pero, en caso contrario, pueden instalarse daños irreversibles como ceguera cortical o la muerte. Los hallazgos de imagen desaparecen en los exámenes de seguimiento, realizados tras la terapia adecuada<sup>11-13</sup>.

Niña de 6 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias debido a cefaleas, vómitos, dolor abdominal y postración con 4 días de evolución. Al examinar la paciente, esta se encontraba somnolienta, pero fácilmente despertable, sin presentar otras alteraciones en el examen neurológico (fondo de ojo sin edema de la papila). En las primeras horas de hospitalización presentó un episodio de masticación vaga y mirada perdida, constatándose en ese momento valores tensionales persistentemente por encima del percentil 95. Se realizó una tomografía computarizada craneoencefálica que reveló hipodensidades cortico-subcorticales a nivel parietal anterior y parasagital izquierdo, y un electroencefalograma que mostró un trazado con un ritmo y fondo lento, poco reactivo y mal definido,

◇ Presentación previa como Poster en Sala, el 15º Congreso Nacional de Pediatría Portugués.