

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COMPROMISO DE CANAL MEDULAR Y LA LESIÓN NEUROLÓGICA?

García-Esteban, J.E.; Navarro, R.; Serna, R.; Orta, J.; Pérez-Millán, L.; Escrivá, J.; Boneto, D.; Border, G.; Arno, U.L.; Bas, P.; Bas, T.

Servicio COT, Unidad de Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Caso clínico:

Paciente varón de 51 años, que como único antecedente refiere hiperglucemias ocasionales, sufre accidente de tráfico, presentando en la valoración inicial dolor intenso en raquis lumbar e incapacidad para mover el pie izquierdo.

Se realiza un examen neurológico completo:

Sensibilidad: Hipoalgesia en territorios L4, L5 y S1 izquierdos.

Reflejos (Dcho/Izdo): Cremastérico: +/+; Patelar: +/+ Aquileo -/-; Cutáneo p.: flexor/-.

Motor	Dcho	Izdo
Psoas:	6	4 (Inhibición por dolor) <input type="checkbox"/>
Cuadriceps:	5	4 (Inhibición por dolor) <input type="checkbox"/>
Tibial anterior:	6	0
Extensor hallux:	5	0
Triceps sural:	6	3

Con la sospecha de una posible lesión en raquis lumbar se realizan las siguientes radiografías:



Figura 1:
Rx lateral lumbar



Figura 2: —
Rx anteroposterior lumbar

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COMPROMISO DE CANAL MEDULAR Y LA LESIÓN NEUROLÓGICA?

García-Reillán, J.E.; Navarro, R.; Serna, R.; Orts, J.; Pérez-Millán, L.; Escrivà, I.; Bonete, D.; Bordon, G.; Ariño, V.L.; Bas, P.; Bas, T.

Servicio COT. Unidad de Raquis. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Ante la evidencia de una fractura vertebral L4, con invasión de canal medular se solicita TAC de la zona afecta:



Figura 3: Corte Transversal



Figura 4: Corte Sagital



Figura 5: Corte Coronal
(muro anterior) □

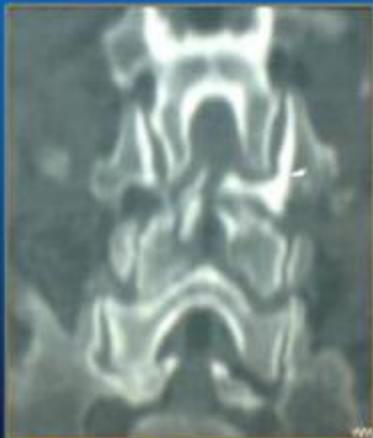


Figura 6: Corte Coronal
(elementos posteriores) □

Se objetiva fractura estallido de L4 con retropulsión de fragmentos óseos invadiendo la totalidad del canal medular, fractura de ambos pedículos, fractura vertical de las láminas y arrancamiento de ambas transversas. Además se aprecia ocupación completa de ambos agujeros de conjunción L4-L5 por fragmentos óseos.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COMPROMISO DE CANAL MEDULAR Y LA LESIÓN NEUROLÓGICA?

García-Rellán, J.E.; Navarro, R.; Serna, R.; Orts, J.; Pérez-Millán, L.; Escrivá, C.; Deaño, D.; Dordick, G.; Añón, V.L.; Das, P.; Das, T.

Servicio COT, Unidad de Raquí, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Después de la estabilización inicial del paciente, se decide exploración quirúrgica. Se decide abordaje posterior al haberse evidenciado fractura vertical de las láminas, que sugiere desgarro dural.

Los hallazgos quirúrgicos confirman los radiológicos: los fragmentos óseos procedentes del cuerpo vertebral invaden el canal y los agujeros de conjunción L4-L5. La migración de dichos fragmentos ha producido un desgarro dural longitudinal de 2,5 cm, y un fragmento de 2x1 cm se halla localizado intraduralmente.



Figura 8: En la imagen intraoperatoria se aprecia el desgarro dural (se levanta con las pinzas).

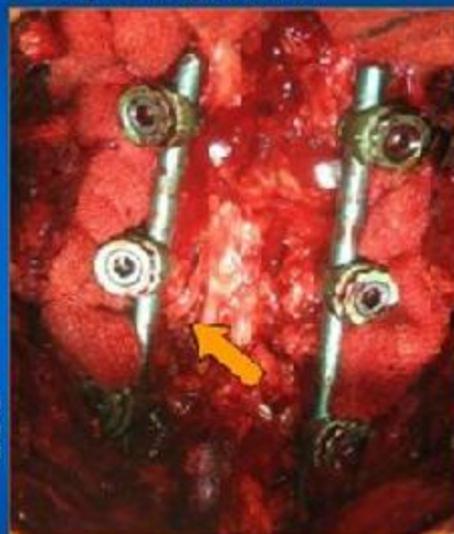


Figura 9: Apreciese el extento de la raíz L5 antes de la compresión del agujero de conjunción.

Cuidadosamente, monitorizado electrofisiológicamente, se extrae el fragmento intradural sin lesionar el resto de raíces y se intenta mediante distracción sobre la barra de instrumentación la ligamentotaxis, reduciendo parcialmente los fragmentos óseos a su lugar de origen. Esta reducción se complementa mediante la impactación de los fragmentos. Posteriormente se termina la instrumentación posterior.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COMPROMISO DE CANAL MEDULAR Y LA LESIÓN NEUROLÓGICA?

García-Rellán, J.E.; Navarro, R.; Sorro, R.; Orta, J.; Fcoz-Milón, L.; Escrivá, I.; Benito, D.; Bordon, C.; Ariño, V.L.; Bas, P.; Bas, T.
Servicio COT. Unidad de Requis. Hospital Universitario La Fe. Valencia

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones. En el primer día postoperatorio se realizó exploración neurológica evidenciándose:

Sensibilidad: Hipoalgesia en territorios inferiores a L1, más acusada en territorios L4, L5 y S1 izquierdos.

Reflejos (Dcho/izdo): Cremastérico: +/+; Patelar: +/- Aquileo -/-; Cutáneo plantar: -/flexor.

Motor	Dcho	izdo
Psoas:	3	2
Cuadriceps:	5	4
Tibial anterior:	1	0
Extensor hallux:	2	0
Triceps sural	4	4

Los cambios en la exploración son explicados por el edema de raíces por la descompresión y la manipulación. En las Rx de control se evidencia:



Figura 10: Rx de control postoperatorio. Proyección lateral



Figura 11: Rx de control postoperatorio. Proyección anteroposterior