



FRACTURA DE JEFFERSON Y TIPO 2 DE ODONTOIDES COMBINADA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA

Ortega-Yago A¹; Calero-Martos J²; Sáez-Padilla E³; Bas-Hermida B⁴

Hospital Universitari i Politècnica la Fe, València^{1,3,4}

Hospital Francesc de Borja, Gandia²

**FRACTURA DE JEFFERSON Y TIPO 2 DE ODONTOIDES COMBINADA EN PACIENTE
PLURIPATOLÓGICA**

Ortega-Yago A¹; Calero-Martos J²; Sáez-Padilla E³; Bas-Hermida B⁴

Hospital Universitari i Politècnica la Fe, València^{1,3,4}

Hospital Francesc de Borja, Gandia²



INTRODUCCIÓN

Las fracturas cervicales altas suponen hasta el 70% de las fracturas totales de la columna cervical de los pacientes. De ellas, hasta un 50% son fracturas de la odontoides. El tratamiento de estos pacientes es controvertido debido a la fragilidad que suelen presentar estos pacientes

OBJETIVO

Revisar un caso con fractura de Jefferson de C1 y fractura tipo II de odontoides de C2 en paciente mayor pluripatológica tratado de forma conservadora.

CASO

Mujer de 89 años.

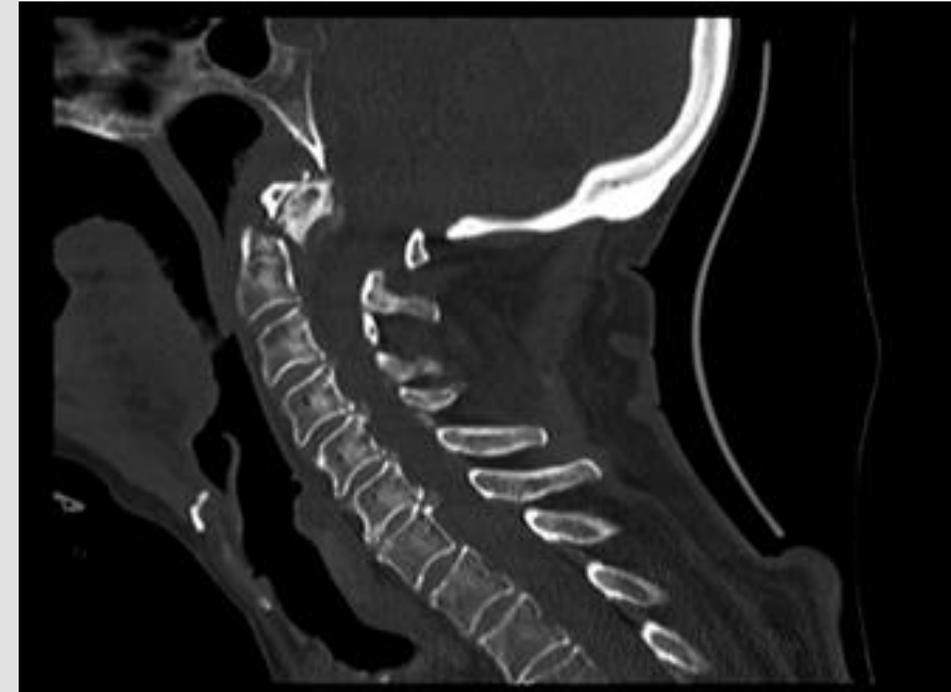
Fractura de C1 tipo Jefferson y fractura de odontoides tipo 2 tras caída casual con TCE.

Antecedentes:

- Insuficiencia renal crónica en diálisis
- HTA
- Diabética insulinodependientediabética
- Trombocitopenia idiopática
- Cardiopatía isquémica con insuficiencia cardiaca.

La exploración neurovascular fue normal.

En el TC se detectó una fractura de arco anterior de C1 con trazo perpendicular y separación de 3 mm y fractura del arco posterior en vertiente derecha e izquierda, y fractura de base de la odontoides tipo II desplazada.



TC en puerta de urgencias donde se observa la fractura

RESULTADOS

- A pesar de la fragilidad de la paciente se decidió la colocación de halo-tracción por el importante desplazamiento de la fractura.
- Las comorbilidades que presentaba la paciente condicionaron la desestimación del tratamiento quirúrgico.
- Se inició la tracción a 5 kg, y se subió 2 kg más, sin objetivarse alteraciones neurovasculares.
- En dos ocasiones se aumentó la flexión cervical, dado que no se obtenía una reducción óptima.
- Finalmente se obtuvo una reducción radiográfica satisfactoria y se decidió sustituir la halo-tracción por collarín rígido tipo SOMI.
- La evolución posterior en los meses posteriores ha sido satisfactoria, con callo fibroso en la zona de fractura.



Control con halo-tracción



Control con collarín tipo SOMI



Paciente tras la retirada del halo



Control en consultas externas a los 6 meses, donde se observa el callo fibroso en zona de fractura





CONCLUSIONES

- Ante la presencia de paciente con altas comorbilidades, el tratamiento conservador en estas fracturas puede ser una opción óptima, dado que a pesar del riesgo que existe de pseudoartrosis, la consolidación con callo fibroso permite la recuperación de la movilidad y la consolidación en estos pacientes.