

LUXACIÓN TRAUMÁTICA CERVICO-TORÁCICA.

OBJETIVOS

- Se presenta el caso de un paciente varón de 65 años, sin antecedentes de interés, que en el contexto de una caída de espaldas con hiperflexión de raquis cervical por traumatismo craneoencefálico sufre una fractura-luxación a nivel de la séptima vértebra cervical (C7) con respecto a la primera vértebra torácica (T1).

MATERIAL Y METODOLOGÍA

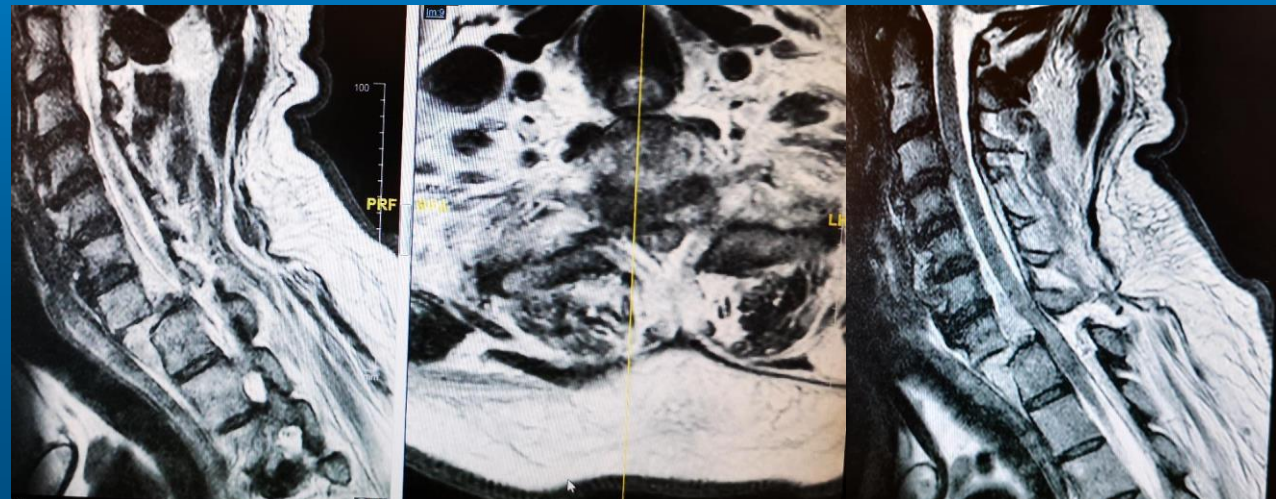
- Durante la exploración preliminar, se objetiva un déficit motor y sensitivo a nivel de T8, con respiración abdominal diafragmática, paraplejía y anestesia en todo el territorio caudal a dicho nivel. Se solicita una TC que objetiva listesis traumática grado 4 entre C7 y T1 con luxación bilateral de carillas articulares. Se aprecia importante estenosis secundaria del canal espinal en esta transición, que junto a la clínica del paciente, orienta a sección medular. No se visualizaron fracturas vertebrales.



- En vista del resultado del TC, se decidió colocar una tracción provisional tipo compás craneal, con el fin de distraer el segmento luxado e impedir la progresión neurológica.



- Una vez estabilizado, se decide realizar una resonancia magnética, que determina un foco importante de mielopatía a dicho nivel, sin llegar a presentar una sección completa de la médula.



LUXACIÓN TRAUMÁTICA CERVICO-TORÁCICA.

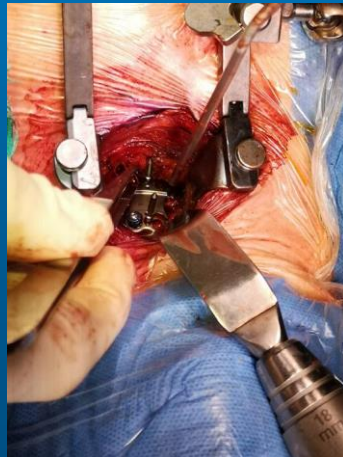
Jesús García Álvarez, Diego Martínez López, Sandra Pérez Motos, Marina Esteban Peña, Diego Valverde Belda, Jose Luis Rodrigo Pérez.
HOSPITAL U. DR PESET (VALENCIA)

MATERIAL Y METODOLOGÍA

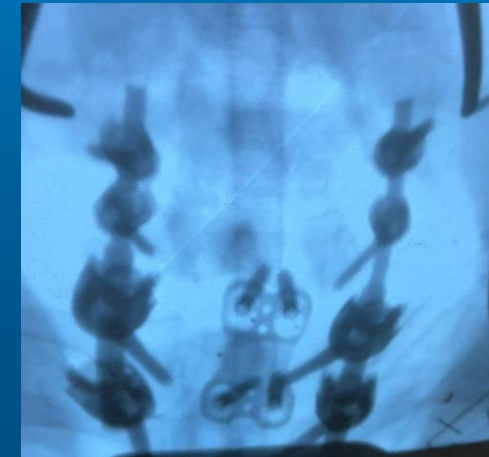
- Se decide intervenir al paciente para realizar una estabilización definitiva. En quirófano, se llevó a cabo una reducción cerrada de la luxación bajo control de escopia, mediante maniobras de flexo-extensión controladas. Se estabilizó la reducción con un soporte de craneo tipo Mayfield.



- Después, se realizó un abordaje de Smith-Robinson para la discectomía y artroplastia del disco C7 con placa de estabilización de C7-T1.



- Posteriormente, se realizó un abordaje posterior para completar la estabilización con artrodesis de C6 a T2 con barras bilaterales y tornillos pediculares.



RESULTADOS

- Tras 3 meses de la cirugía, el paciente no ha recuperado nada a nivel motor pero sí presenta mejoría sensitiva a nivel distal, leves parestesias acras. Actualmente continúa en rehabilitación.

DISCUSIÓN

- Las lesiones cervicales pueden ser de diferente tipo y varían desde esguinces cervicales hasta fracturas y luxaciones. **Pueden llegar a ser lesiones graves con lesión medular llegando a poner en riesgo la vida del paciente.**
- La columna cervical es el segmento que más se afecta en el traumatismo espinal, especialmente a **nivel C2 y C5 a C7**, por su localización expuesta sobre el tórax.
- En cuanto a las fracturas-luxaciones, pueden ser: **bifacetarias**, acompañadas siempre de lesiones medulares totales o parciales, y **unifacetarias** (también pueden estar con o sin lesión medular).
- **Resulta primordial realizar una reducción/estabilización temprana aunque sea provisional** (compás) para detener la progresión del deterioro neurológico, y reducir las secuelas.
- Se han descrito diversas técnicas de fijación y reducción de luxaciones uni- o bifacetarias, como son las tracciones cefálicas con halo, o abordajes por vía posterior o anterior.
- Desde nuestra experiencia creemos fundamental realizar un **abordaje “circunferencia”, con un abordaje anterior y otro posterior en el mismo tiempo** (si las condiciones del paciente lo permiten) para conseguir una mayor estabilidad y disminuir el tiempo quirúrgico y riesgo anestésico.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- A pesar de lo infrecuente que es esta patología, y de que la solución definitiva no está al alcance de cualquier hospital, si es importante recalcar cuál debe ser la actitud en urgencias y cómo se debe inmovilizar al paciente para garantizar su traslado a un centro de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Velasco JM, et al. Espondilolisis cervical. A propósito de un caso. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2015;3(1):55-60
- Perlman R, Hawes LE. Cervical spondylolisthesis. J Bone Joint Surg Am. 1951 Oct;33-A(4):1012-3.
- Charlton OP, Gehweiler JA Jr, Morgan CL, Martínez S, Daffener RH. Spondylolysis and spondylolisthesis of the cervical spine. Skeletal Radiol. 1978;3(2):79-84.
- Poggi JJ, Martínez S, Hardaker WT Jr, Richardson WJ. Cervical spondylolysis. J Spinal Disord. 1992 Sep;5(3):349-56.
- Redla S, Sikdar T, Saifuddin A, Taylor BA. Imaging features of cervical spondylolysis- with emphasis on MR appearances. Clin Radiol. 1999 Dec;54(12):815-20.
- Mofidi A, Tansey C, Mahapatra S, Mirza H, Eisenstein S. Cervical spondylolysis, radiologic pointers of stability and acute traumatic as opposed to chronic spondylolysis. J Spinal Disor Tech. 2007;20(6):473-9.