

La importancia de una correcta anamnesis y exploración.

Fx.Luxación C7-T1.

**Á.Los Santos Aransay(1), R.Castro Muñoz(2),
D.Velasco Villa(2), L.Lanuza Lagunilla(2), P.Suárez-Anta Rodríguez(2).**
(1) Servicio C.Ortopédica y Traumatología. Hospital Monte Naranco, Oviedo.
(2) Servicio C.Ortopédica y Traumatología.. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

INTRODUCCIÓN

La columna cervical subaxial(C3-T1)presenta vulnerabilidad por su gran funcionalidad,localizándose el 75% de todas las luxaciones facetarias del raquis.El 17% de las lesiones de la columna cervical son fracturas de C7 o luxación C7-T1.
En el tratamiento urgente de estas lesiones está indicado ingreso por la unidad de cuidados intensivos al ser pacientes potencialmente inestables.
No existe actualmente evidencia suficiente que justifique la indicación del tratamiento con metilprednisolona según los protocolos NASCIS en la lesión medular aguda traumática.Ante una lesión medular aguda no estabilizada, o bien con deterioro neurológico, la administración de corticoesteroides debe realizarse con pautas cortas y considerando los posibles efectos secundarios.

OBJETIVOS

Describir caso clínico y revisar bibliografía sobre el tratamiento tanto urgente como diferido de fractura luxación C7-T1.

MATERIAL Y METODO

Paciente 83 años,mujer,con antecedentes de hipertensón arterial y dislipemia.Acude a Urgencias traída por el SAMU tras presentar pérdida de conocimiento por caída hacia atrás en un pozo séptico.Tras la exploración física y pruebas radiológicas iniciales pasa desapercibida la lesión que es sospechada tras una segunda exploración física evidenciando cervicalgia y disminución de fuerza IV/V en las cuatro extremidades. Se solicita TAC y RNM de urgencia con diagnóstico de Fractura-Luxación C7-T1 y compromiso severo del conducto medular central,además de una lesión medular aguda traumática ASIA D.
Presenta 9 puntos en la escala SLIC. Se interviene quirúrgicamente realizando reducción y estabilización por doble vía: corporectomía anterior C7, reducción por vía posterior y estabilización con instrumentación C6-T1. Placa anterior C6-T2.

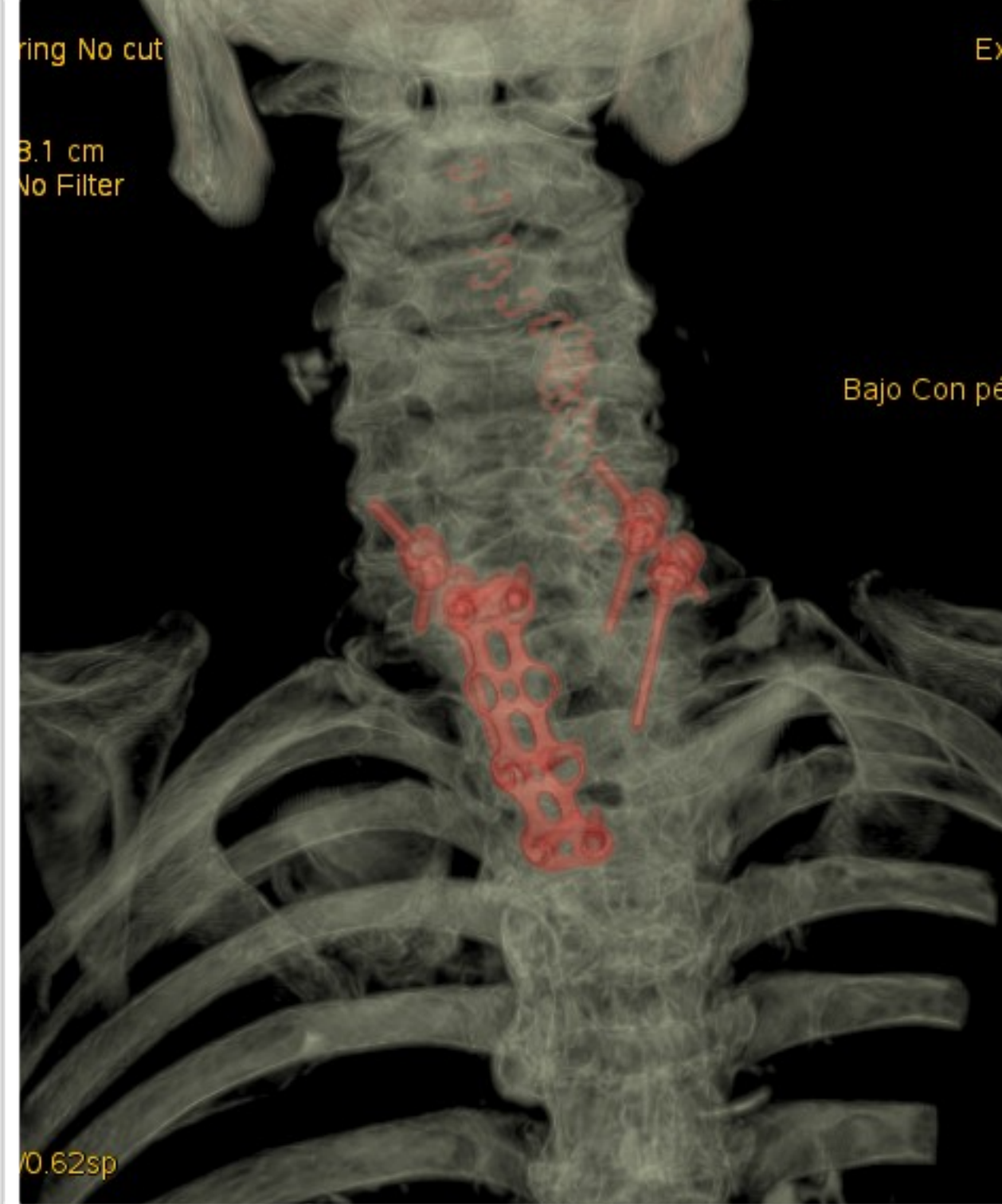
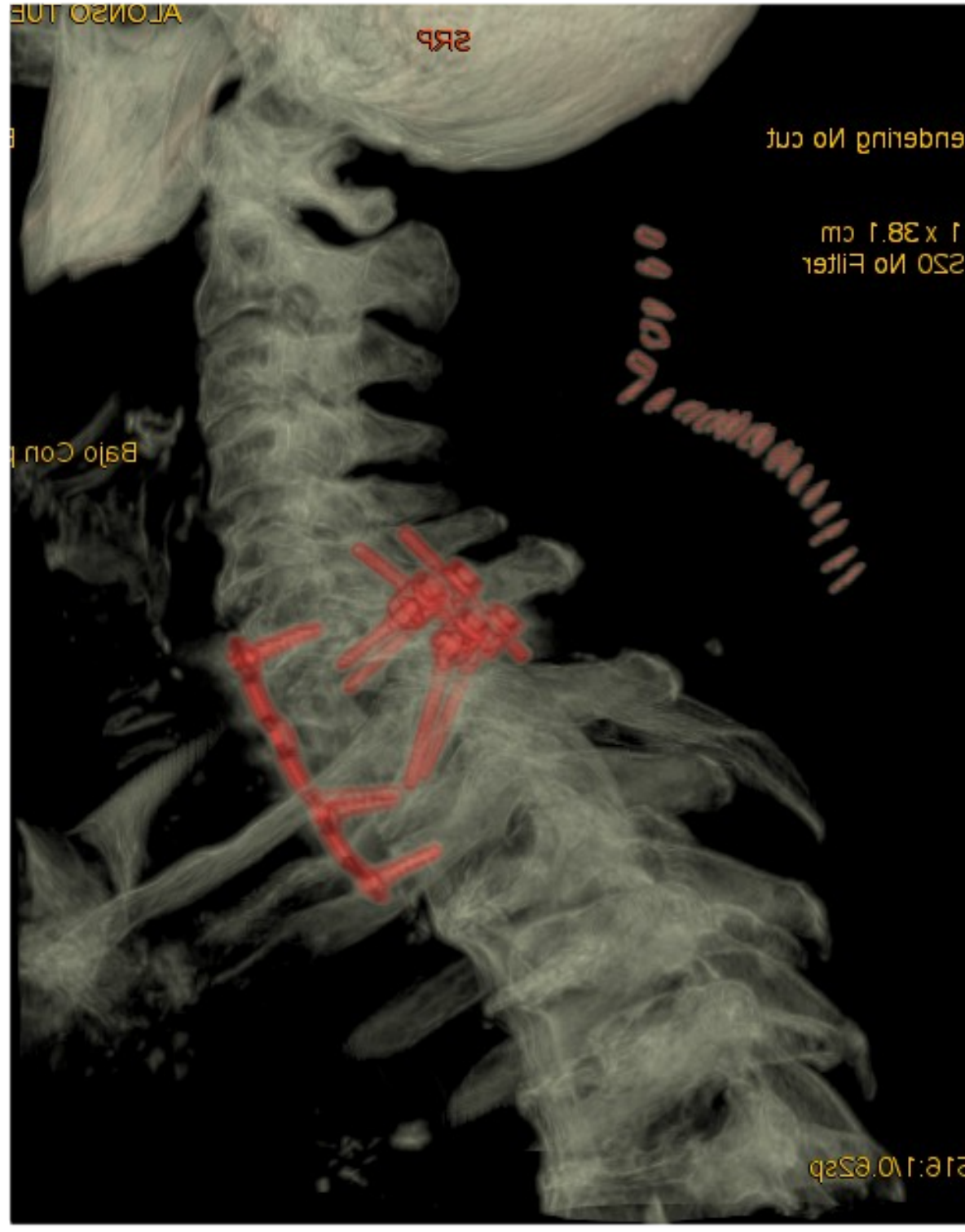
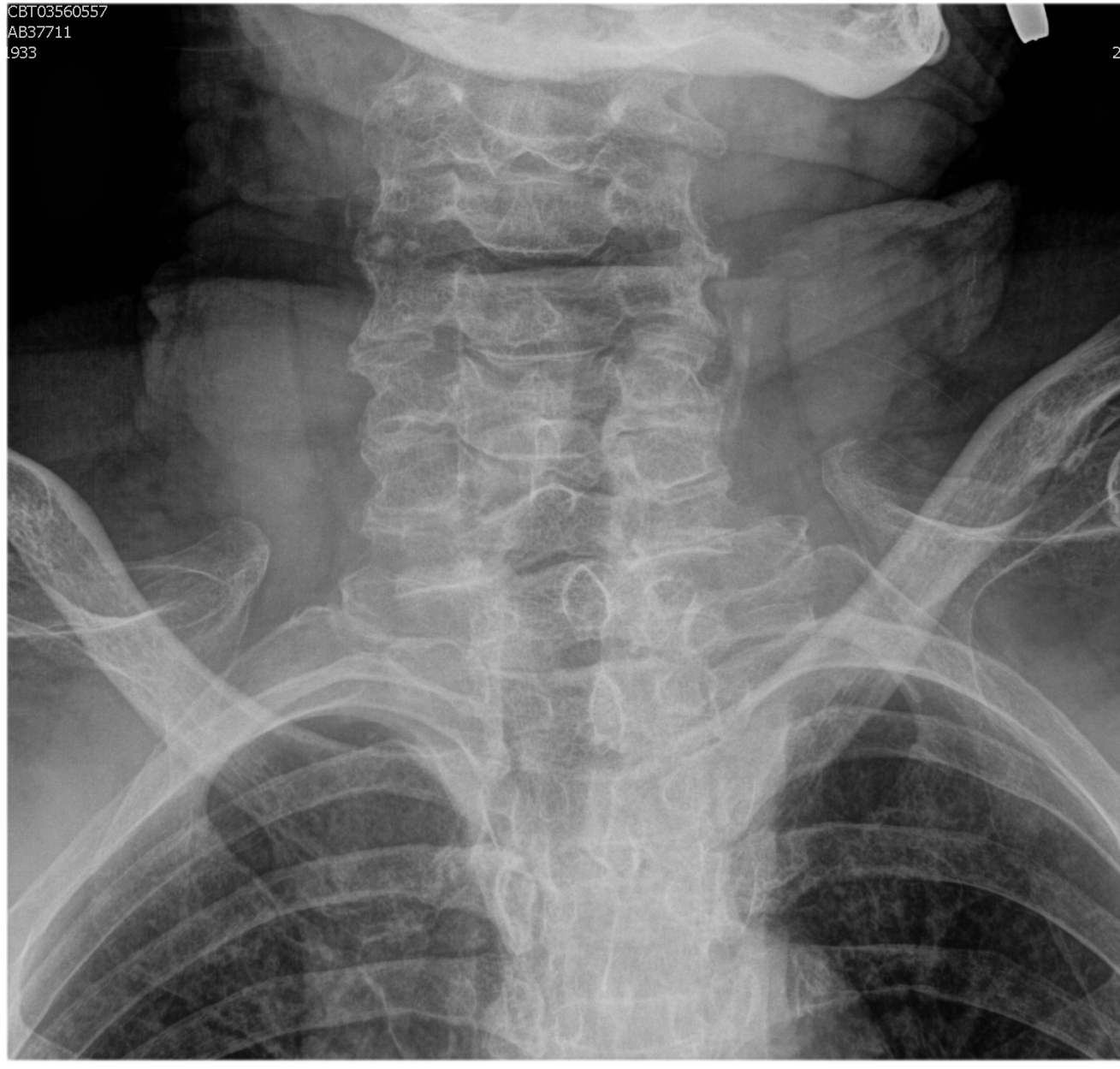


TABLE 2. Subaxial Injury Classification and Severity Scale as Suggested by Vaccaro and Colleagues ^{37,38}	
Sub-Axial Injury Classification Scale	Points
Morphology	
No abnormality	0
Compression	1
Burst	+1 = 2
Distraction (facet perch, hyperextension)	3
Rotation/translation (facet dislocation, unstable teardrop or advanced stage flexion compression injury)	4
Disco-ligamentous Complex (DLQ)	
Intact	0
Indeterminate (isolated interspinous widening, magnetic resonance imaging signal change only)	1
Disrupted (widening of disc space, facet perch or dislocation)	2
Neurological Status	
Intact	0
Root injury	1
Complete cord injury	2
Incomplete cord injury	3
Continuous cord compression in setting of neurological deficit (NeuroModifier)	+1 = 1

RESULTADOS

En la RNM de control se observa una recuperación de la estática de los cuerpos vertebrales en el nivel C7-T1 sin ningún tipo de compromiso óseo del conducto raquídeo, no imágenes compatibles con compresión del cordón medular.
Mielopatía postraumática que se extiende desde C7 hasta T2, principalmente centromedular.
La paciente evoluciona a tetraparesia con afectación de músculos intercostales , presenta episodios de disminución de consciencia por opiáceos con broncoaspiración y deterioro generalizado, que conllevan al fallecimiento.

CONCLUSION

Una historia detallada y la exploración física son esenciales.
La frecuencia reportada de **lesiones inadvertidas** oscila entre el 4% y el 30%, y la razón más común citada para esto es un **inadecuado examen radiológico**.
En la proyección lateral, debe visualizarse toda la columna cervical (hasta T1).
Cuando las vértebras más bajas no están incluidas, **repetir el estudio es obligatorio**.
El retraso en el diagnóstico pone al paciente en **riesgo de inestabilidad neurológica** progresiva.

- ❖ Master techniques in orthopedic surgery. The Spine. David S.Bradford. Ed.Marban.
- ❖ Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT. 2ª edición. Ed.Panamericana.
- ❖ CursoCot. T.73. Anatomía funcional y biomecánica del raquis. Abordajes quirúrgicos. V. Climent Peris, F. Hita Contreras, E. Guepardo Parra.
- ❖ CursoCot. T.74. Traumatismos vertebrales. Lesiones medulares. F.Rodriguez de Tembleque, A.Delgado Martinez, R.Ballesteros Massó.
- ❖ Traumatic high-grade cervical dislocation: treatment strategies and outcomes. Sribnick EA1, Hoh DJ2, Dhall SS3. World Neurosurg. 2014 Dec;82(6):1374-9.
- ❖ The surgical management of traumatic c6-c7 spondyloptosis. Keskin F1, Kalkan E, Erdi F. J Korean Neurosurg Soc. 2013 Jan;53(1):49-51.



55 CONGRESO
secot