

Caso clínico

La importancia de un adecuado manejo inicial en la luxación facetaria cervical

Gabriel Huerta-Hernández,* José de Jesús López-Palacios**

Paciente femenino de 22 años de edad que 10 días previos a su ingreso sufrió un accidente automovilístico tipo volcadura, en el que perdió la conciencia por un tiempo breve. Al recuperarse, presentó disminución de la fuerza en las cuatro extremidades, por lo que fue enviada al Hospital Regional del Estado de Guerrero donde permaneció tres días y posteriormente

fue enviada a un hospital de tercer nivel en la ciudad de México en el que permaneció cinco días. En este último se le realizaron estudios radiográficos de la región cervical, observando luxación facetaria C4-C5, por lo que decidieron efectuarle estudios dinámicos para evaluar la inestabilidad del segmento (*Figuras 1 a, b y c*). Después de estos estudios presentó deterioro neurológico progresivo, por lo que se indicó tratamiento con inmovilización cervical mediante collarín Philadelphia y su traslado a la Clínica de Columna para continuar con su tratamiento.

En ésta, la paciente fue recibida con datos clínicos de cuadriparesia flácida con afección a partir del miotomo C5 bilateral, fuerza muscular 3/5 superior y 3/5 inferior, además de nivel sensitivo de hipoestesia C5. Una vez evaluada, se inició el tratamiento mediante reducción cerrada con una tracción cefálica empleando una tenaza de Gardner y monitorización. Se fue aumentando el peso en forma progresiva, realizando al mismo tiempo estudios radiográficos secuenciales hasta alcanzar una reducción del ciento por ciento en un tiempo de seis horas (*Figuras 2 a, b y c*).

Objetivos:

- Reconocer la importancia del traslado oportuno de pacientes con trauma cervical a centros de atención especializada.
- Ilustrar los errores que se presentan en una evaluación clínico-radiológica de un paciente con trauma cervical.
- Resaltar la importancia del uso de la reducción cerrada en el manejo inicial en la inestabilidad cervical por traumatismo

* Residente del Curso de Especialidad de Postgrado en Cirugía de la Columna Vertebral, Facultad de Medicina, UNAM. Clínica de Columna, SS DF, Hospital General La Villa.

** Médico adscrito a la Clínica de Columna, SS DF, Hospital General La Villa, Profesor Adjunto del Curso de Especialidad de Postgrado en Cirugía de la Columna Vertebral, Facultad de Medicina, UNAM.

Dirección para correspondencia:

Dr. Gabriel Huerta-Hernández

Av. San Juan de Aragón No. 285 Col. Granjas Modernas. 07460 México D.F.

E-mail: gabrielhtah@gmail.com

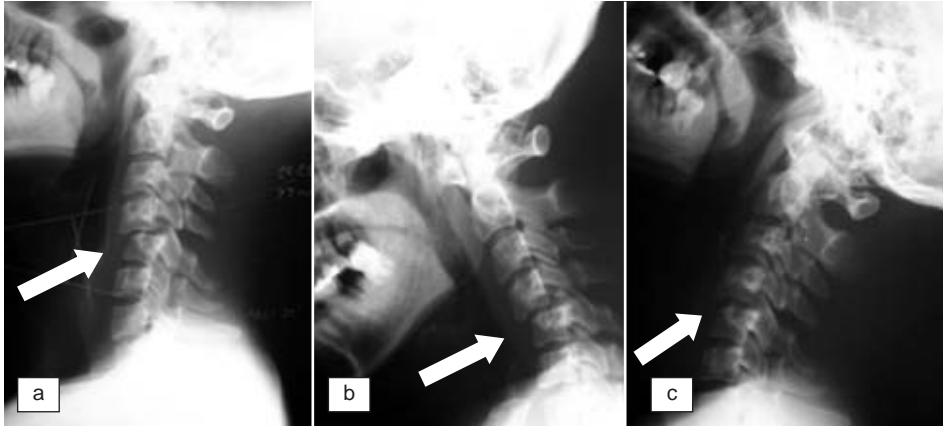


Figura 1.

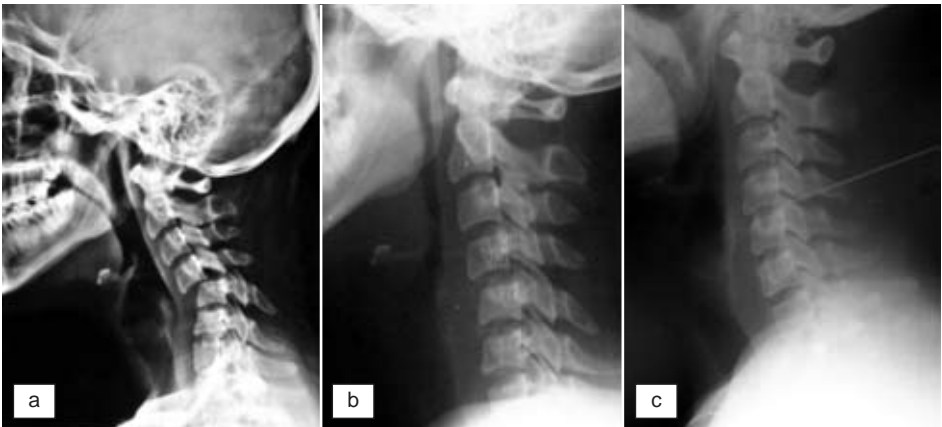


Figura 2.

Se realizó una tomografía computarizada de la columna cervical (Figura 3) y una resonancia magnética en fase simple y secuencia T2 (Figura 4).

Ejercicio:

1. Al analizar las figuras 1 a, b y c, ¿cuál sería su diagnóstico?
2. ¿Cuáles son los primeros estudios de gabinete que se deben solicitar a un paciente con sospecha de daño raquímedular y cuáles están contraindicados?

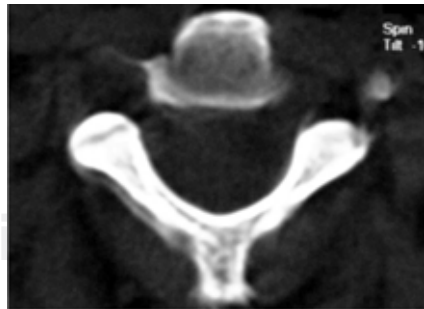


Figura 3. Estudio de tomografía computarizada en corte axial, fase simple.

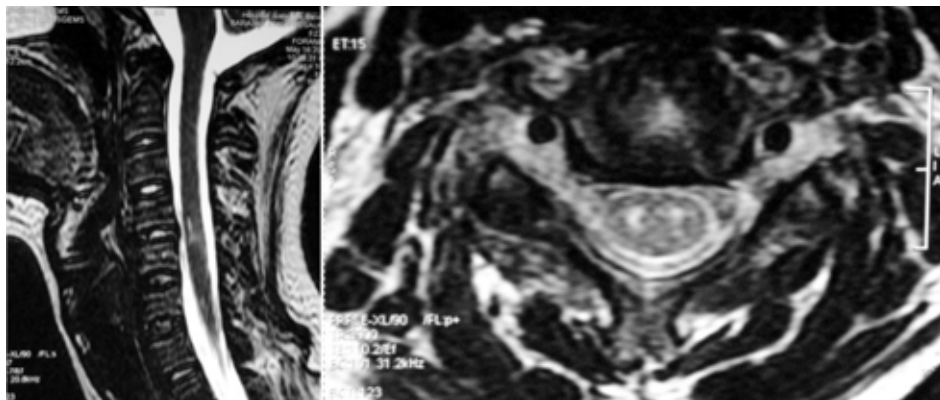


Figura 4. Estudio de resonancia magnética en fase simple, corte sagital y axial secuencia T2.

3. En este caso, ¿considera que hubo un error de manejo? Si es así, describa cuál.
4. Ante el diagnóstico radiológico y tomográfico de esta paciente, ¿cuál debe ser el tratamiento inicial?
5. ¿Qué se logró con la tracción instalada?
6. ¿Qué se observa en la imagen tomográfica presentada (*Figura 3*)?
7. Describa los hallazgos de la resonancia magnética de esta paciente (*Figura 4*).
8. Posterior al análisis integral de este caso, ¿cuál sería el tratamiento definitivo de esta paciente y con qué pronóstico?