

Caso clínico sobre fractura toracolumbar

Manuel Dufoo Villegas,* Rodrigo Vargas Mena**

Paciente masculino de 28 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, que ingresó a la Clínica de Columna del Hospital General «La Villa», por haber sufrido un traumatismo directo en la región dorsolumbar al caer desde una altura aproximada de 3 metros, de una escalera sobre la cual laboraba, éste se acompañó de dolor intenso localizado y limitación para deambular. No hubo lesiones en otras zonas ni pérdida del estado de alerta.

A su ingreso se encontró paciente íntegro, normalmente conformado, consciente, orientado, con facies de dolor. No se detectó compromiso neurológico ni hemodinámico. A la exploración específica de la zona afectada había dolor a



Figura 1. RX en proyección AP.

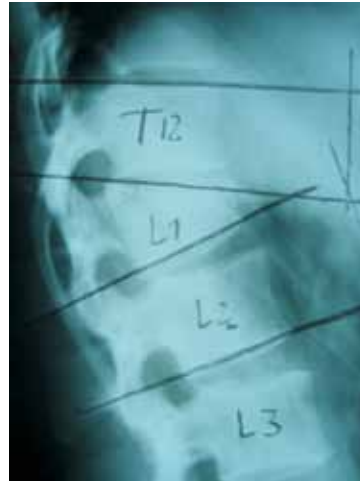


Figura 2. RX en proyección lateral.

www.medigraphic.org.mx

* Cirujano Ortopédico con Subespecialidad en Cirugía de Columna. Clínica de Columna Hospital General «La Villa» SS-DF. Profesor Asociado del Curso de Alta Especialidad de Postgrado en Cirugía de la Columna Vertebral. Facultad de Medicina UNAM. Centro de Atención al Paciente Lesionado Raquimedular de la Ciudad de México.

** Residente del Curso de Alta Especialidad de Postgrado en Cirugía de la Columna Vertebral.

Dirección para correspondencia:

Dr. Manuel Dufoo Villegas.

Hospital Ángeles de las Lomas. Av. Vialidad de la Barranca s/n P.B. 35, Col. Valle de las Palmas. 52763 Huixquilucan, Estado de México. Correo electrónico: manudufoo@yahoo.com

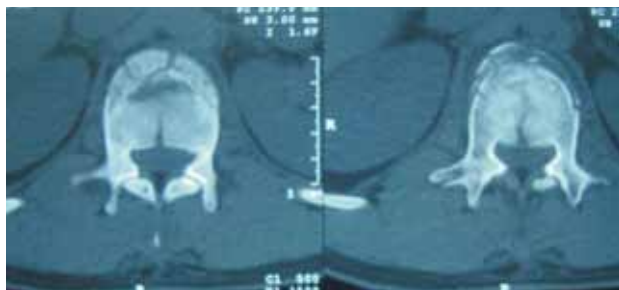


Figura 3. TAC corte axial.

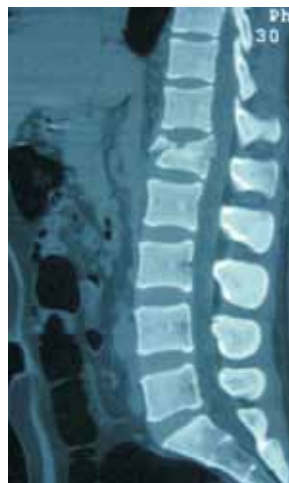


Figura 4. TAC corte sagital.

la movilización, pero no crepitaciones ni escalones palpables sobre la línea media de la región dorso-lumbar. La fuerza muscular era de 5/5, la sensibilidad estaba conservada y los reflejos osteotendinosos normales. La función de los esfínteres vesical y anal se encontraba normal y los reflejos bulbocavernoso y cremasteriano presentes. ASIA E.

A su llegada se realizaron estudios radiográficos simples en proyecciones AP y lateral, así como TAC de columna toracolumbar (*Figuras 1 a 4*).

CUESTIONAMIENTOS

1. Basados en las imágenes radiográficas, ¿cuál sería su diagnóstico?
2. ¿Cuáles son las características radiográficas de estas fracturas?
3. ¿Cuáles son las características tomográficas?
4. De acuerdo a la clasificación propuesta por Denis, ¿se puede considerar una fractura inestable?
5. ¿Qué mediciones radiográficas serían útiles para definir el tratamiento en esta fractura?
6. ¿Qué es TLIF y que es PLIF? ¿Qué diferencia existe entre ambas?
7. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para este paciente?
8. ¿Cuál sería el pronóstico del estado neurológico y funcional de este paciente?