

Luxación unifacetaria cervical traumática C5-C6, tratamiento con reducción y placa anterior tipo PCB (Scient'x). Reporte de un caso

RESUMEN

Las lesiones de la columna cervical, del tipo luxación, se han vuelto frecuentes en nuestro país debido al aumento en el índice de accidentes de alta energía;¹ se clasifican en dos grupos: unifacetarias y bifacetarias. En las unifacetarias rara vez presentan lesiones medulares; sin embargo, las bifacetarias presentan lesión medular en 95% de los casos, la cual puede ser completa o incompleta, con su manejo antiinflamatorio descrito.^{2,3} Se han reportado varias formas de tratamiento de estas luxaciones, desde tracciones hasta las cirugías en las que normalmente se recomiendan abordajes posteriores como los amarres sublaminares tipo triaxial⁴ o dos abordajes del tipo circunferencial para tratar por anterior y posterior.⁵ Sin embargo, aunque se han descrito tratamientos con un abordaje anterior como tratamiento único,⁶ no hay casos reportados con placa PCB de la casa Hemost (Scient'x) para luxaciones. La innovación de este tratamiento es que sólo es necesario un abordaje anterior con la colocación de caja placa tipo PCB, lo que otorga la estabilidad suficiente para mantener reducida la zona afectada sin un segundo tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: luxacion, unifacetaria, bifacetaria, placa caja Benezech.

Traumatic cervical C5-C6 dislocation, treatment with reduction and anterior plate type PCB (Scient'x). A case report

ABSTRACT

Injuries to the cervical spine dislocation type have become frequent in our country due to the increase in the accident rate of high energy,¹ are classified into two groups and bifacetarias unifacetarias in the unifacetarias rarely have spinal injuries, however the present bifacetarias SCI in 95 % of cases , which may be complete or incomplete , with its anti-inflammatory use described,^{2,3} have been described are several ways of treating these dislocations from the tractions up surgeries posterior approaches which are usually recommended as sublaminar moorings are triaxial type,⁴ or perform two circumferential type approaches to treat anterior and posterior.⁵ But even that treatments have been described with an anterior approach as monotherapy,⁶ no reported cases of house PCB Hemost (Scient'X) plate dislocations.

The innovation of this treatment is that it was only necessary to an anterior approach with placement of PCB type box, which gives us enough stability to maintain reduced the affected area and avoid a second surgical treatment.

Keywords: dislocation, unifacetaria, bifacetaria, plate-cage Benezech.

Alejandro González Rebatú y González¹
Julián D. Cordero Ramírez²
Myriam Murguía Casas³
Luis G. Yáñez Mejía⁴
Mónica Barrón González⁵

¹ Jefe de Cirugía de Columna.

² Residente de cuarto año de Ortopedia.

³ Residente de tercer año de Ortopedia.

⁴ Residente de segundo año de Ortopedia.

⁵ Estudiante de Pregrado de Medicina del IPN.

Hospital Regional 1º de octubre, ISSSTE.

Recibido: febrero 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia

Dr. Alejandro González Rebatú y González
Jefe de Cirugía de columna
Servicio de Ortopedia
Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE
Av. Instituto Politécnico Nacional nº 1669
Col. Magdalena de las Salinas
CP. 07760, México D.F.
alexrebatu@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

González Rebatú y González A, Cordero Ramírez JD, Murguía Casas M, Yáñez Mejía LG, Barrón González M. Luxación unifacetaria cervical traumática C5-C6, tratamiento con reducción y placa anterior tipo PCB (Scient'x). Reporte de un caso. Rev Esp Med Quir 2014;19:205-209.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales pueden ser de diferente tipo y varían desde esguinces cervicales hasta fracturas y luxaciones. Puede tratarse de lesiones graves en las que se involucran lesiones medulares que pueden poner en riesgo la vida.⁵ No obstante, su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas debido a que los vehículos, hoy en día, pueden alcanzar fácilmente altas velocidades, se practican actividades deportivas más intrépidas y existe mayor riesgo de sufrir caídas por tener cada vez construcciones más desafiantes; es en estos tres mecanismos de producción que se encuentran la mayoría de las lesiones severas del segmento inferior de la columna cervical.¹⁻³

En la producción de las lesiones de la columna vertebral también debemos de considerar que las actitudes intrépidas con falta de precaución o con exceso de confianza son el común denominador y ambas acciones pueden caer en el mismo rubro de presentación. Los resultados en la columna cervical son desastrosos, secundarios a mecanismos de flexoextensión severos, por aceleración y desaceleración. Son los principales productores de luxaciones uni- o bifacetarias, con lesión medular parcial o completa⁵, descritas por Allen y Ferguson tipo flexión distracción o extensión distracción.⁷⁻¹⁰

Se han descrito diversas técnicas de fijación y reducción de luxaciones uni- o bifacetarias, desde tracciones cefálicas con halo, sometidas a un peso continuo para la reducción y mantenimiento de la misma, hasta cirugías por vía posterior, abordaje anterior^{6,8,9} en las que se describe el uso de placa con tornillos e injerto óseo una vez reducida la luxación.^{8,9}

El caso clínico que se presenta es importante por que se utiliza una técnica de cirugía tradicional, con un material tipo placa caja, que no se ha usado para las lesiones por luxación; se demuestra

que brinda estabilidad adecuada y promueve la pronta recuperación del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 29 años de edad, de profesión policía, sufrió accidente automovilístico con mecanismo de traumatismo frontolateral (él conducía el vehículo). Tiene traumatismo por mecanismo de aceleración y desaceleración cervical, fue llevado al servicio de urgencias en donde fue encontrado consciente, cooperador, bien ubicado, con dolor en la región frontal y con presencia de escalpe de aproximadamente 15 cm frontoparietal; con dolor intenso en la región cervical que irradiaba a la cintura escapular, de predominio izquierdo, y a los músculos trapecio y deltoides. Aumento de dolor a la movilidad, sin datos de crepitación, con rigidez del cuello. Sin datos de lesión medular ni de compromiso radicular, con reflejos completos, arcos de movilidad sin alteración para las cuatro extremidades, fuerza muscular 5/5 para miembros torácicos y pélvicos.

Se efectuaron estudios radiográficos y tomografías computadas de cráneo y columna cervical. En las radiografías de la columna cervical se observó luxación unifacetaria del segmento C5-C6, izquierdo. (Figuras 1 y 2)

El paciente fue ingresado a piso y se le colocó una tracción cefálica longitudinal con pinza de Gardner, con un peso inicial de 5 kg que se fue aumentando progresivamente en 2 kg cada 2 horas. Se logró reducir la luxación facetaria al cabo de 6 horas, con controles radiográficos en cada aumento de peso, a los 11 kg. Continuó sin lesión medular y se le retiró peso, dejando solamente 4 kg para mantener la reducción.

Posteriormente el paciente fue programado para cirugía, como no existían datos de fractura se programó discoidectomía con colocación de



Figura 1. Luxación: toma anteroposterior.



Figura 2. Luxación, toma lateral.

placa PCB (Figura 3) por vía anterior, con injerto óseo y bajo anestesia general. Se utilizó una técnica tradicional anterior transversa 9 de columna cervical izquierda bajo control fluoroscópico transquirúrgico y posquirúrgico. (Figura 4)

La cirugía tuvo una duración de 45 minutos y el paciente fue trasladado a piso. Evolucionó de forma satisfactoria y a las 48 horas fue dado de



Figura 3. Placa-caja PCB.



Figura 4. Posoperatorio inmediato.

alta de ortopedia con collarín semiirígido por 15 días para continua su control en la consulta externa. A los diez días se evaluó al paciente para retiro de puntos y se inició también con el retiro del collarín. Se recomendaron ejercicios en casa y, posteriormente, con apoyo de terapia física.

Hubo control radiográfico cada mes durante los 5 primeros meses y, posteriormente, cada 2 meses durante los siguientes 6 meses, sin datos de aflojamiento, ni deslizamiento de la caja, no se observaron alteraciones en las articulaciones facetarias afectadas, no hay datos de radiculopatía cervical, con estabilidad absoluta del segmento instrumentado.

A la exploración física posquirúrgica se encontró a un paciente consciente, cooperador, bien ubicado y con signos vitales estables. Nos enfocamos a la columna cervical: arcos de movilidad completos, con flexión de 50°, extensión de 30°, rotaciones laterales de 70°, inclinaciones laterales completas, fuerza y tono de músculos para vertebrales normales, maniobras de tracción y compresión negativas, maniobras de neurotensión negativas; fuerza muscular de ambos brazos 5/5 en la escala de Daniels. Con arcos de movilidad completos para las extremidades superiores.

DISCUSIÓN

Las lesiones de la columna cervical pueden ser muy variables y cada vez son más frecuentes. Existen fracturas del cuerpo vertebral, de las facetas articulares y del arco posterior descritas por Allen y Ferguson,⁷ así como también luxaciones anteriores y posteriores, unifacetarias y bifacetarias.^{10,11} De dichas luxaciones algunas pueden ser de tipo bifacetario acompañadas siempre de lesiones medulares totales o parciales y unifacetarias (también pueden estar con o sin lesión medular).¹⁰

Dentro de los tratamientos descritos anteriormente existe solo tracción, reducción y mantenimiento bajo tracción de cefálica con halo chaleco; también está descrito el tratamiento por vía posterior con un alambrado y amarre tipo triaxial (sublaminar)⁴ o se ha descrito una técnica mixta llamada circunferencial, con un abordaje anterior y uno posterior, en un solo tiempo quirúrgico o en dos para una estabilidad total.⁶

Al describir esta técnica es innovadora para el tratamiento de las luxaciones unifacetarias, ya que se realiza un solo abordaje anterior con resección del disco lesionado, reducción de la luxación unifacetaria y aplicación de placa

caja tipo PCB de Hemost (Scient'x). Debido a las formas de la placa y de la caja, que tienen en su cara superior las curvaturas adecuadas para adosarse perfectamente a las plataformas de las vertebrales, la estabilidad que ofrece en el segmento es prácticamente absoluta.¹² (Figura 4)

Está demostrando que este tipo de lesiones puede ser tratada con un solo abordaje anterior que ofrece estabilidad absoluta; algo que no se había descrito en esta clase de lesiones con este tipo de placa-caja. Tiene ventajas con la técnica de abordaje tradicional pues es muy sencilla y con menor tiempo quirúrgico; todo lo cual se traduce en menor tiempo anestésico, mínimo sangrado y recuperación temprana para reintegrarse a las actividades cotidianas. Tenemos la seguridad de que se trata de una fijación lo suficientemente estable para este tipo de lesiones.

REFERENCIAS

1. Cisneros DFA, Hurtado-Padilla A. Incidencia de las lesiones vertebrales traumáticas en el Servicio de Cirugía de Columna de un hospital de concentración del sistema de seguridad social. *Acta Ortop Mex* 2003;17(6):292-297.
2. Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF Jr, et al. A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal cord injury: Results of the Second National Acute Spinal Cord Injury study. *N Engl J Med* 1990;322:1405-1411.
3. Treatment of fracture-dislocation of the cervical spine, Williams A. Rogers M.D. Boston, Massachusetts, The journal bone and joint surgery 1942;XXIV(20).
4. Manuel Dufoo Olvera, Ozcar Garcia Lopez, Jose de Jesus Lopez Palacios, Garbriel A Carranco Toledo. Tratamiento quirúrgico de las fracturas de la columna cervical con la técnica triaxial. Descripción de la técnica y resultados. *Revista mexicana de ortopedia y traumatología* 1998;12(6):461-4.
5. Fehlings MG, Sekhon LHS. Restoration of spinal cord function. En: Fardon DF. Garfin SR. *OKU Spine 2*. AAOS NASS. Chapter 49. 2002: 483-488.
6. A. Marsol, R. Huguet, E. González-Pedrouzo, E. Miranda-Sanromà y J. Giné-Gomà. Lesiones traumáticas cervicales tratadas con artrodesis anterior con placa. *Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona*.

7. Allen BL, Ferguson RL, Lehman TR, O'Brian RP. A mechanistic classification of closed, indirect fractures and dislocations of the lower cervical spine. *Spine* 1982;7:1- 27.
8. Beiner JM. Flexion-compression injuries of the cervical spine. En: Anderson DG, Vaccaro AR. *Decision making in spinal care*. Thieme Medical Publishers 2007:36-40.
9. Aebi M, Mohler J, Zäch GA, Morscher E. Indication, surgical technique and results of 100 surgically-treated fractures and fracture-dislocations of the cervical spine. *Clin Orthop Rel Res* 1986;203:244-256.
10. Thaller JB. Cervical distraction-extension injuries. En: Anderson DG, Vaccaro AR. *Decision making in spinal care*. Thieme Medical Publishers. 2007: 42-46.
11. Taylor BA. Cervical facet dislocation. En: Anderson DG, Vaccaro AR. *Decision making in spinal care*. Thieme Medical Publishers. 2007: 48-53.
12. Evolución de la artrodesis cervical postdiscectomía: injerto óseo, placa, caja intersomática y placa- J.M. González-Darder Servicio de Neurocirugía. Hospital General de Castellón. *Neurocirugía* v.17 n.2 Murcia abr. 2006.