

Imágenes

Lesión medular por fractura luxación de C4-C5

J. A. Martínez Vidal, S. Solé Castellano, L. Gómez García, L. Céspedes Lacasa, P. Zaporta Martí, E. Catrino López

SERVICIO DE URGENCIAS. CENTRO COMARCAL DE URGENCIAS DE EL VENDRELL. TARRAGONA.



Correspondencia: J. A. Martínez Vidal. Garraf 72, Casa 30.
43700 El Vendrell. Tarragona. E-mail: jamartinez@wanadoo.es

Fecha de recepción: 30-9-2002
Fecha de aceptación: 15-10-2002



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 56 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que es traído a nuestro servicio de urgencias en una ambulancia convencional tras sufrir un accidente en la calle como consecuencia de haberse precipitado una persona encima de su cabeza, provocándole un flexión y rotación forzadas de la cabeza.

A su llegada, el paciente se encuentra consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. Su tensión arterial es 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 lpm, ventilatoria de 26 rpm y una saturación de O₂ del 96%. Es traído con colchón de vacío y collarín cervical rígido. A la auscultación cardíaca, se aprecian ruidos cardíacos rítmicos a una frecuencia de 80 lpm, sin soplos ni rones. La auscultación pulmonar presenta normoventilación y la exploración abdominal es anodina. No existe relajación de esfínteres pero si cierto grado de priapismo. A la palpación cervical posterior el paciente refiere dolor a nivel de la 5^a-6^a y 7^a vértebras cervicales.

La exploración neurológica nos muestra unas pupilas iguales y normorreactiva, con pares craneales normales, pero con una tetraplejía de las cuatro extremidades y una anestesia sensitiva desde el tercio medio del esternón hacia la parte distal de su cuerpo. Los ROT y el RCP están abolidos.

Se le realiza Rx de columna cervical lateral para confirmar el diagnóstico de lesión medular (Foto 1), donde se aprecia fractura luxación posterior de C5-C6 con fractura del tercio inferior de cuerpo vertebral de C4.

Con el diagnóstico de sección medular, se inicia tratamiento según el protocolo NASCIS III, donde se le administra metilprednisolona a 30 mg/kg en 15 minutos, y tras un descanso de 45 minutos, se le instaura una perfusión a 5,4 mg/kg/hora durante 23 horas.

También se le realiza tratamiento con omeprazol endovenoso y se le coloca sonda vesical, nasogástrica y O₂ en Ventimask al 24% a 4 l/m.

El paciente es derivado en UCI-móvil a la Unidad de Lesionados Medulares de su hospital de referencia sin presentar ninguna complicación durante el trayecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Bracken MB. High dose methylprednisolone must be given for 24 or 48 hours after acute spinal cord injury. *Br Med J* 2001;322:862.
- Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF, Holford TR, Young W, Baskin DS, 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;322:1405-11.
- Nesathurai S. Steroids and spinal cord injury: revisiting the NASCIS 2 and NASCIS 3 trials. *J Trauma* 1998;45:1088-93.
- Bracken MB, Shepard MJ, Holford TR, Leo-Summers L, Aldrich EF, Fazi M, et al. Administration of methylprednisolone for 24 or 48 hours or tirilazad mesylate for 48 hours in the treatment of acute spinal cord injury. Results of the Third National Acute Spinal Cord Injury Randomized Controlled Trial. National Acute Spinal Cord Injury Study. *JAMA* 1997;277:1597-604.
- Ruiz Bailén M, Fierro Rosón LJ, Ramos Cuadra JA, Serrano Córcoles M^oC, Hurtado Ruiz B, Díaz Castellanos MA, et al. E. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. *Emergencias* 2000;12:106-15.