

Realizar una correcta exploración física es vital para sospechar una lesión medular

Fractura-luxación C6-C7

Subirats Rodriguez L, Molina Márquez JM, Tena Roig M , Nogales López J, Ruiz Moliner C
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona

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 o luxaciones de C7. 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.

Objetivo:

Describir nuestro caso y revisar la bibliografía sobre el tratamiento de la fractura cervical C6-C7.

Material y métodos:

Después de la exploración física y pruebas radiológicas iniciales, pasó **desapercibida** la lesión que, posteriormente, fue sospechada después de una segunda **re exploración** evidenciando **cervicalgia y disminución de balance motor en territorio C6-C7 bilateral**. Se solicitó un Body-TC urgente diagnosticando **fractura luxación-traslación C6-C7** que condicionaba un desplazamiento anterior de C6 sobre C7 superior al 50% provocando compresión medular. Además, presentaba lesión aguda **ASIA D y 9 puntos en la escala SLIC**. Se estabilizó de forma urgente y provisional mediante la colocación de un **halo-tracción** y realización de resonancia magnética cervical urgente para valoración de las estructuras neurológicas afectas.



Fig 1 Radiografía donde no se valoran lesiones aparentes



Fig 2,3 Fractura luxación-traslación C6-C7, desplazamiento anterior de C6 sobre C7 superior al 50% provocando compresión medular

Resultados:

Después de la colocación del sistema estabilizador provisional, mejoró de forma discreta el balance motor afectado y se mantuvo estable el paciente. A las 48h se le realizó una **artrodesis cervical vía anterior C6-C7** con mejoría considerable de la paresia en dicho territorio y se le colocó una ortesis cervical rígida tipo Minerva. En el control radiográfico posterior al cabo de dos semanas, se objetivó un **desplazamiento secundario anterior debido a la inestabilidad residual de la fractura debido a su alta complejidad** y se decidió realizar en un segundo tiempo ampliar con doble abordaje realizando una **artrodesis cervical posterior C5-C7** con el soporte externo de una ortesis CTLSO obteniendo remisión casi completa del déficit motor en dicho nivel y ausencia de dolor. Se realizó la encuesta de **Oswestry de discapacidad** a los 2 meses y se recogió que dicho paciente presentaba un **0%** del índice.



Fig 4,5 Desplazamiento secundario anterior debido a la inestabilidad residual de la fractura

Fig 6,7 Artrodesis C6-C7 vía anterior combinada con artrodesis cervical C5-C7 vía posterior



Conclusión:

Una historia clínica y exploración física detalladas son vitales para la sospecha de una lesión medular. La frecuencia reportada de lesiones inadvertidas oscila entre el **4 y 30%**, y la razón más común es un examen radiológico inadecuado. En la proyección lateral se tiene que visualizar toda la columna cervical (hasta T1). Cuando las vértebras más bajas no están incluidas, se debe **repetir** el estudio de forma obligatoria. La **tardanza** en el diagnóstico pone en riesgo al paciente de **inestabilidad neurológica progresiva**.

Referencias

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.Rodríguez de Tembleque, A.Delgado Martínez, R.Ballesteros Massó.
Traumatic high-grade cervical dislocation: treatment strategies and outcomes. Sribnick EA1, Hoh DJ2, Dhali 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.