

# Fractura-luxación cervical, entidad compleja tratada en nuestro centro

Subirats Rodriguez L, Molina Márquez JM, Tena Roig M , Nogales López J, Viciano Abad R, Comellas, Miralles E.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona

### Objetivo:

Primario: Control de dolor y resolución de la clínica neurológica provocada por fractura-luxación C7-T1 mediante la restauración de la columna sólida y estable.

Secundario: Restablecer la calidad de vida previa a nuestro paciente.

### Material y métodos:

Paciente de 52 años sin antecedentes de interés, es trasladado a nuestro centro para valoración de tratamiento definitivo de **fractura-luxación cervical C7-T1** causada por accidente de tráfico. En la exploración destacaba un **dolor cervicobraquial D con disestesias en territorio C8 D**. Se solicitó RMN cervical que informaba de **fractura de los arcos posteriores de C5 a C7 acompañada de ruptura de los ligamentos interespinosos adyacentes, fractura de la vertiente posterior de C7 con invasión del canal raquídeo y subluxación anterior de C7-T1**. Por los criterios de inestabilidad SLIC, se intervino de forma urgente con **halo-tracción cervical provisional**.



Fig 1 Fractura espinal C5

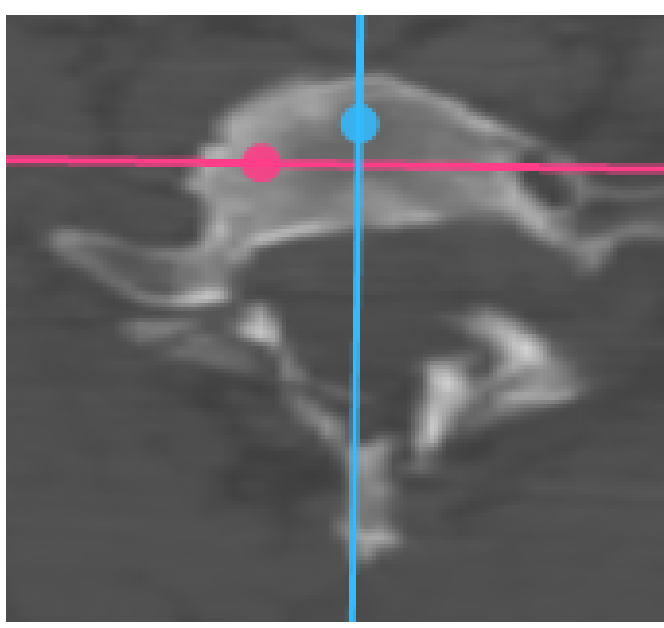
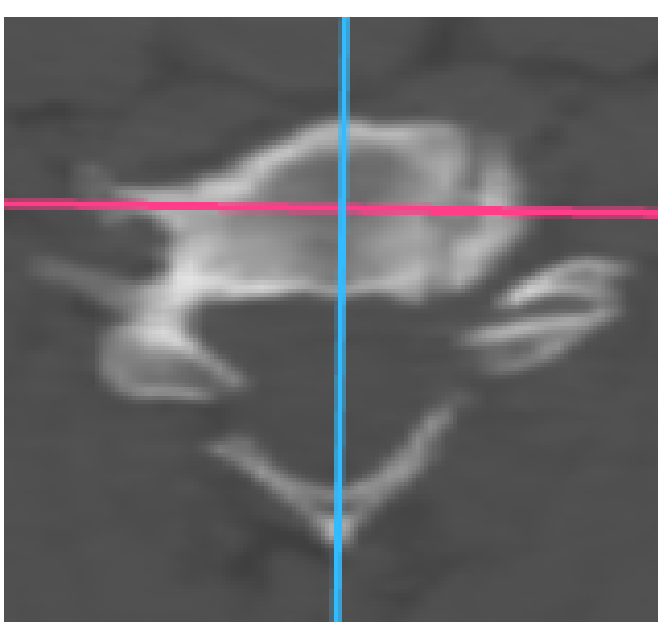


Fig 2,3,4 Fractura arcos posteriores C5-C7

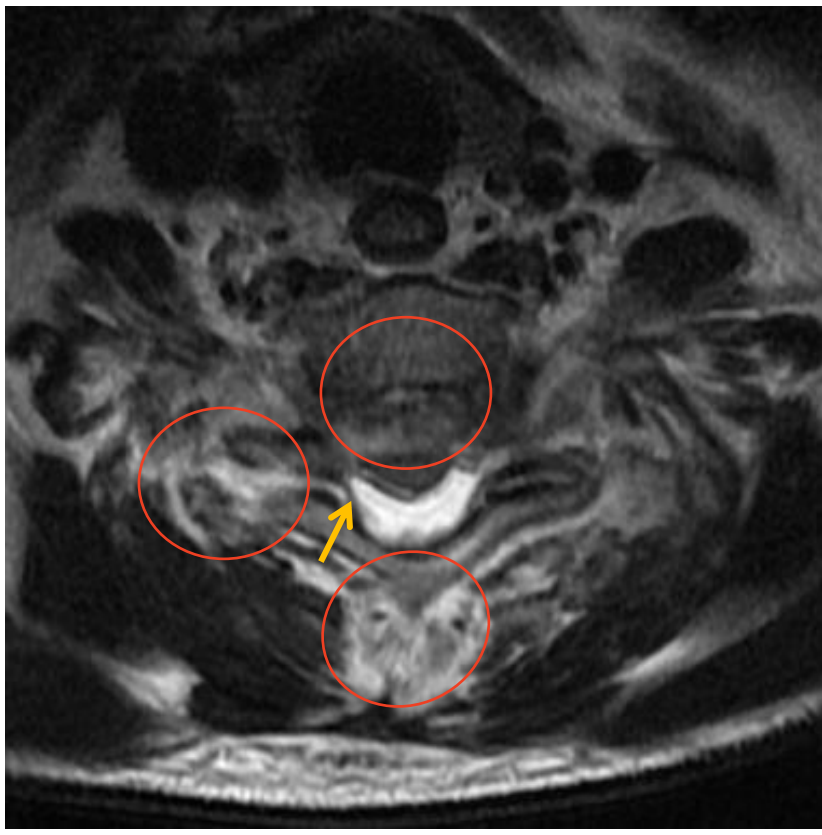


Fig 5,6 Invasión de canal, ruptura ligamentos interespinosos y fuga LCR

A las 24h se le realizó una **reducción fractura-luxación C7-T1 con discectomías, artrodesis intersomática y estabilización mediante placa anterior C5-T1**. A los 4 días, presentó de nuevo clínica radicular y se le realizó TC de control objetivando un **desplazamiento anterior secundario a la inestabilidad residual** de fractura. Se replanteó la situación y se decidió **una instrumentación por doble vía alargando la artrodesis anterior y añadiendo vía posterior C4-T3**. En el transcurso de la intervención, después de realizar la vía anterior sin incidencias y al iniciar el abordaje posterior, mediante piel y musculatura cervical sin desperiostizar, empezó una **fuga de LCR de forma masiva**. Intraoperatoriamente, se **valoraron riesgos potenciales** de: fístula, infección o enclavamiento, donde sumado a la estabilidad que se consiguió vía anterior, se cerró la incisión y se estabilizó añadiendo una **ortesis cervical**. Estuvo asintomático, pero a los 4 meses de la intervención, se **objetivó nuevamente desplazamiento anterior** mediante un TC de control. Finalmente, se le sometió a **artrodesis C4-T4 vía posterior** sin incidencias.



Fig 8 Desplazamiento secundario por **inestabilidad residual** fractura →  
  
**Subluxación anterior C7 y hundimiento sistema intersomático**



Fig 10 Desplazamiento secundario

**Absencia de consolidación injerto tricortical y lesión platillo vertebral inferior**

### Resultados:

Actualmente está **asintomático**, a los 2,5m empezó a trabajar en el campo con un **0% de discapacidad según Oswestry** y radiológicamente no se objetivan desplazamientos.



Fig 11 Artrodesis C4-T4

### Conclusión:

Aunque el planteamiento inicial fuese una doble vía, las complicaciones intraoperatorias y falsa sensación de estabilidad, hizo que decidiéramos optar por una artrodesis vía anterior con el consiguiente desplazamiento anterior de la fractura. A pesar de las complicaciones estamos satisfechos de los resultados obtenidos. Realizaremos controles seriados por alta demanda funcional y riesgo de desequilibrio sagital.

### 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, Dhall 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.