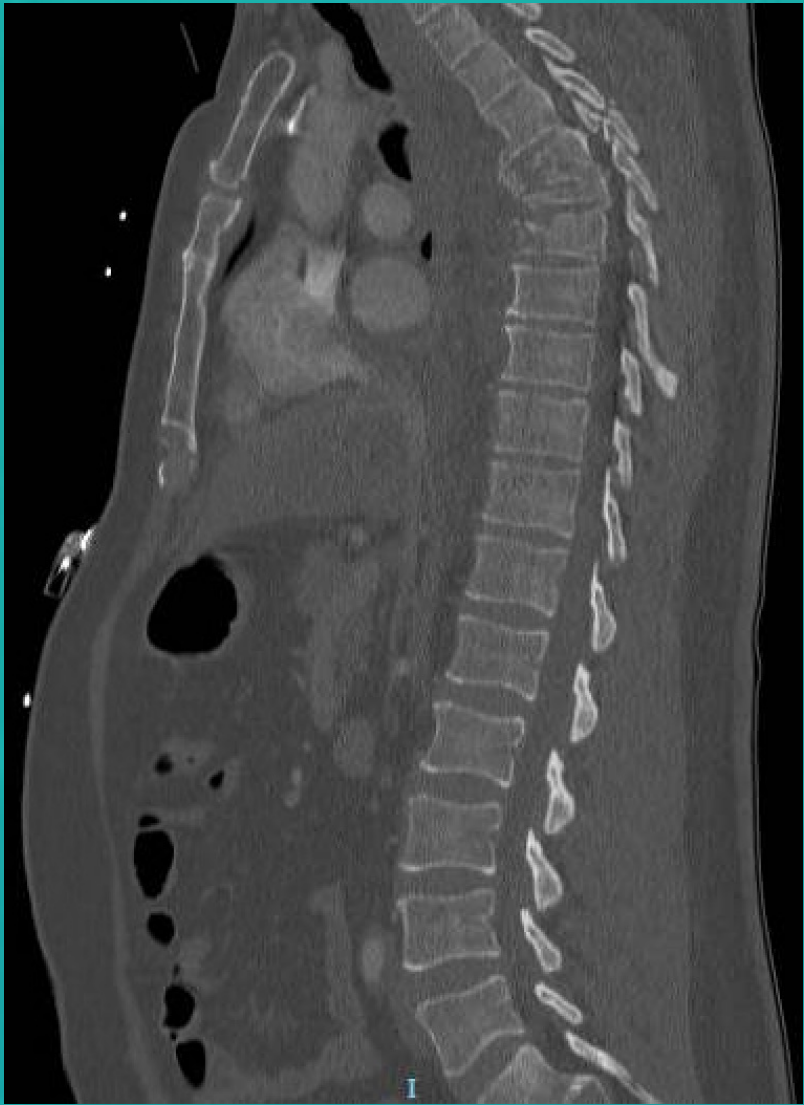


# ESCIWORA C3-C5 Y FRACTURAS ESTALLIDO T5, T6 Y T7. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez Vázquez S, Muñoz Sánchez MA, Ignatyev Simonov N  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga



## INTRODUCCIÓN



Las fracturas de la columna dorsolumbar se presentan entre las lesiones más graves del esqueleto humano. Por lo general, las fracturas estables sin clínica neurológica se tratan de manera conservadora y las fracturas inestables con clínica neurológica se aboga por tratamiento quirúrgico. La estabilización quirúrgica inmediata permite al paciente movilización temprana iniciando rehabilitación disminuyendo así complicaciones consecuencia del reposo prolongado en cama.



## OBJETIVOS

Presentación de un caso de fractura vertebral tipo C de la AO con SCIWORA C3-C5 asociado. Tratamiento quirúrgico y resultados funcionales.



## MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 57 años que acude a Urgencias por accidente de motocicleta.

En cuanto a la exploración neurológica al ingreso, el paciente presentaba fuerza conservada (5/5) en todos los grupos musculares del hemicuerpo izquierdo, sin déficit sensitivo y con reflejos presentes.

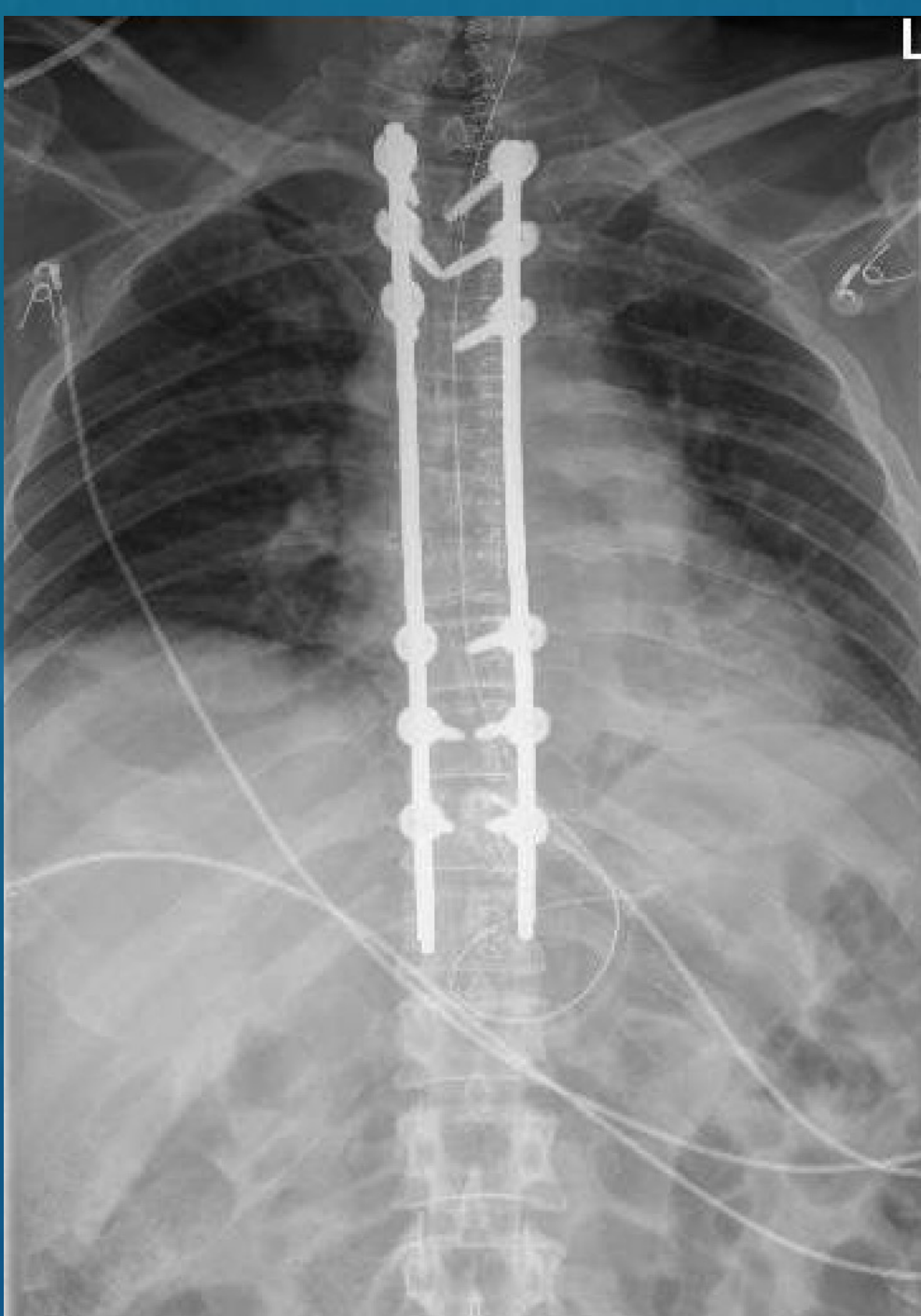
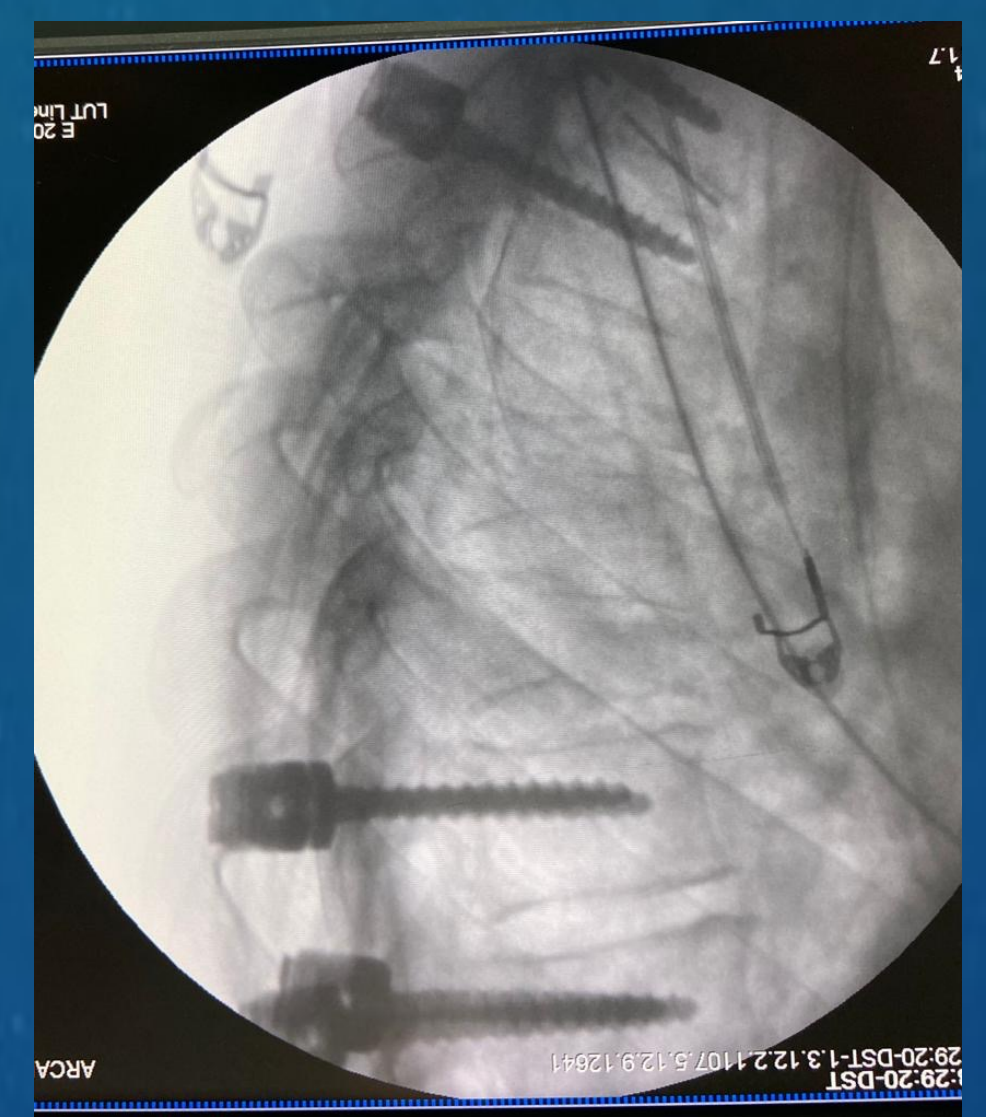
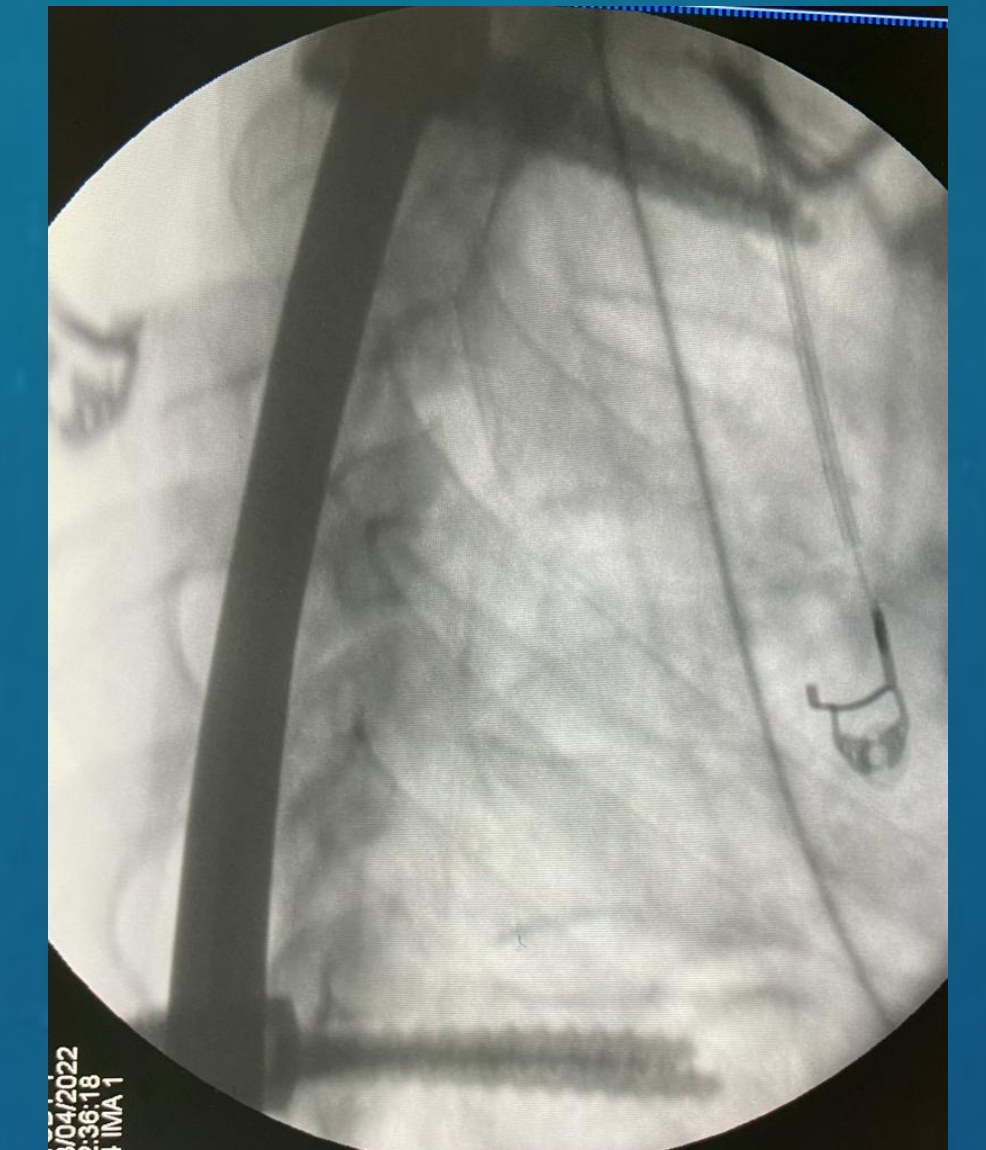
En cuanto al hemicuerpo derecho, en miembro superior derecho el paciente presentaba fuerza 4/5 en deltoides; 3/5 en flexores de codo, extensores de codo y en flexores y extensores de muñeca y dedos; reflejos abolidos y sensibilidad conservada. En miembro inferior derecho presentaba fuerza 3/5 en extensores rodilla y flexores de cadera; resto de grupos musculares con fuerza conservada (5/5), con reflejos presentes y sensibilidad conservada.

En Body-TC destaca como lesiones más relevantes fracturas distracción T5 y T6 y traslacional/rotacional T6-T7 con retropulsión de sus muros posteriores que ocasionan una estenosis en grado severo del canal central.

Dado que la clínica neurológica en miembro superior derecho del paciente no coincidía con el nivel de la fractura vertebral se decide solicitar RMN donde se evidencia SCIWORA C3-C5.

Tras estabilización clínica se procede con intervención quirúrgica de las fracturas vertebrales mediante artrodesis T2-T10 manteniendo actitud expectante frente al SCIWORA C3-C5.

Con el paciente en decúbito prono se procede con incisión longitudinal posterior y esqueletización. Colocación de tornillo poliaxial en T2 bilateral, así como en T8, T9 y T10 izquierdos. Colocación de tornillos monoaxiales en T3 y T4 bilateral así como en T8, T9 y T10 izquierdos. Colocación de barras premoldeadas a distracción y comprobación de correcta reducción de la cifosis bajo escopia.



## RESULTADOS

A las 2 semanas de la cirugía el paciente inicia protocolo de rehabilitación, con buena tolerancia. Al mes de la cirugía el paciente deambulaba de manera independiente con buena funcionalidad motora en miembro superior derecho.

## CONCLUSIONES

Aunque existe cierta controversia en el tratamiento de las fracturas inestables sin clínica neurológica, en las fracturas inestables con clínica neurológica se aboga por tratamiento quirúrgico precoz. En nuestro caso la estabilización quirúrgica ha dado muy buenos resultados con recuperación funcional completa.

