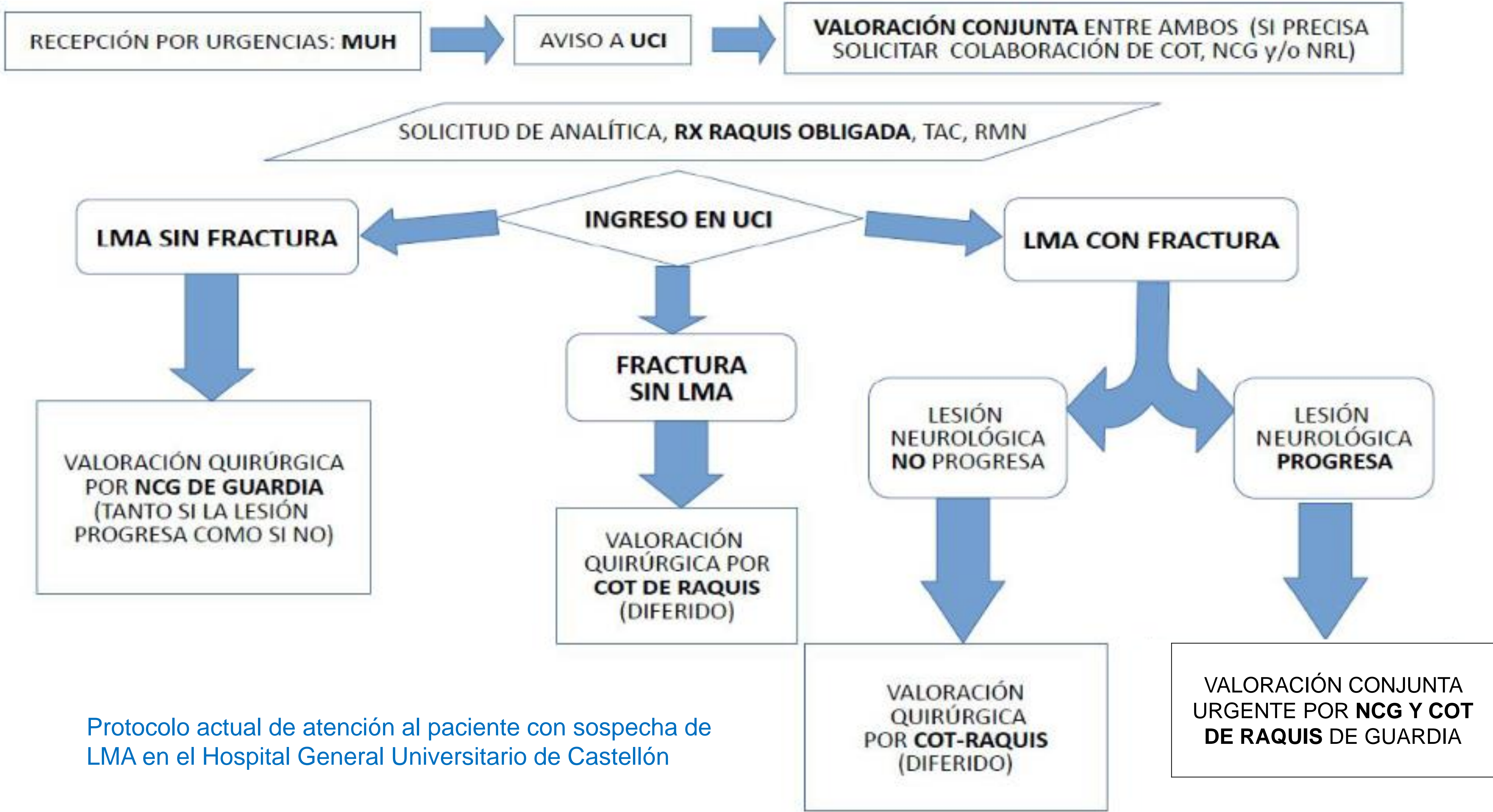


Introducción y Objetivos

El objetivo del tratamiento en la lesión medular aguda (LMA) es preservar la función neurológica residual, minimizar las posibles lesiones secundarias y restaurar la estabilidad de la columna. En 2020 implantamos en nuestro centro en colaboración con neurocirugía un nuevo protocolo para evitar traslados a otros hospitales y acelerar, de esta manera, la atención a estos pacientes. Nuestro propósito es evaluarlo.



Material y Métodos

Documentamos las intervenciones realizadas por LMA traumática por neurocirugía y/o traumatología entre 2020 y 2023 en nuestro centro. Tras la exploración en urgencias y la valoración con otras especialidades, se realiza TC de urgencia, de extensión variable según el mecanismo y la afectación. Ante la presencia de fractura inestable en raquis y clínica compatible con LMA se realiza RM para la planificación quirúrgica que, si la situación basal lo permite, se realiza en las primeras 24-48 horas. Tras la estabilización clínica y de sus fracturas, los pacientes son trasladados a centros de referencia para la rehabilitación.

Resultados

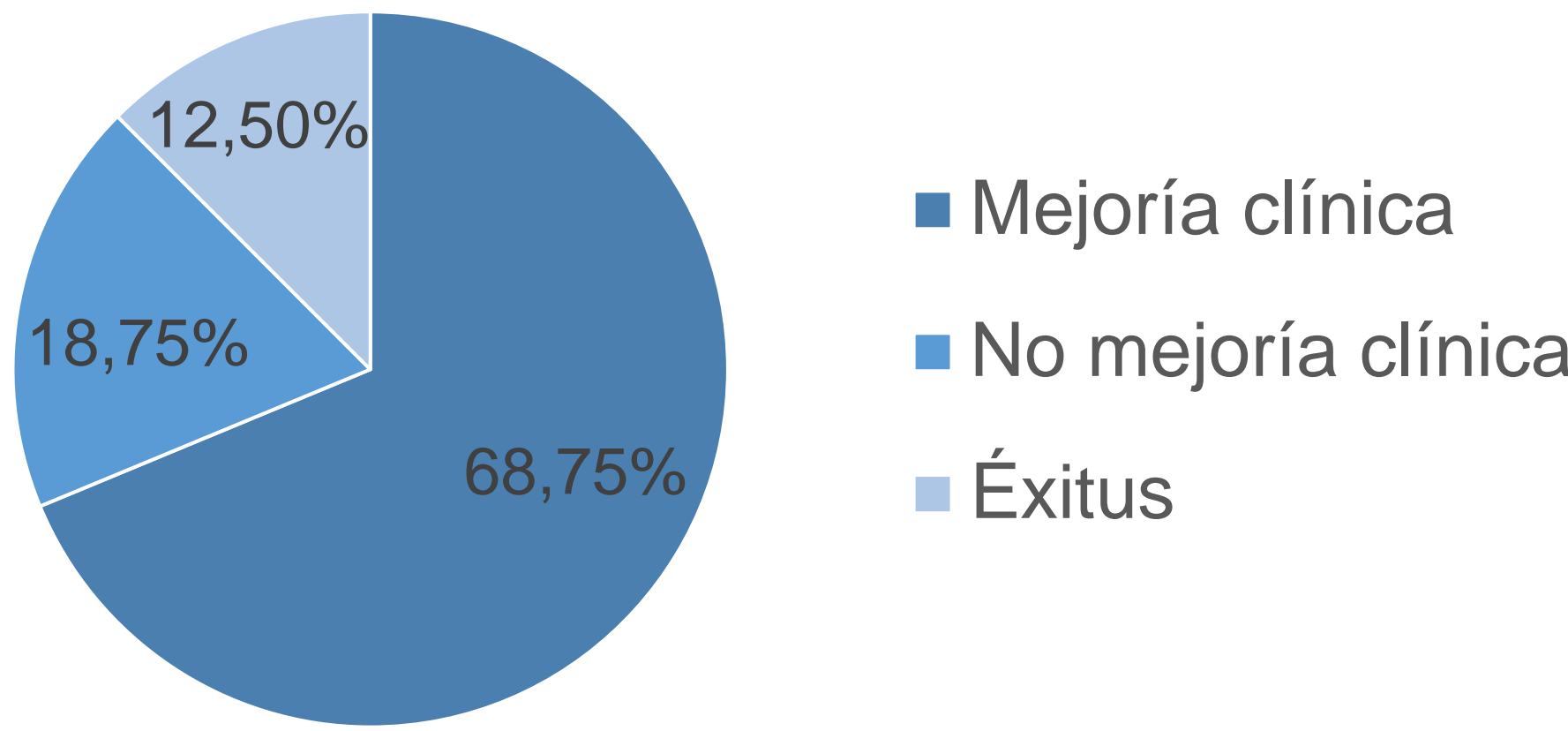
Se intervinieron un total de 16 pacientes, 10 hombres y 6 mujeres entre los 14 y los 83 años, sin clara distribución por edades y sin predominio de afectación en una región del raquis en concreto. 10 eran precipitados, 3 accidentes de tráfico y 3 por otro tipo de traumatismo, la mayoría con lesión tipo C de la AO. El 75% presentaba otras fracturas vertebrales asociadas y el 56% tenía fracturas en otros segmentos corporales, con lesiones internas en el 69%. El 69% se pudo intervenir en las primeras 48 horas (31% en las 6 primeras horas), 10 por traumatología, 5 por neurocirugía y 1 por ambos, mediante artrodesis +/- descompresión (69%).

Tras la intervención, 11 pacientes experimentaron algún tipo de mejoría sensitiva y/o motora. Murieron 2 pacientes en el postoperatorio como consecuencia de sus lesiones concomitantes.

Conclusiones

Es importante la adecuación de protocolos en cada centro y la coordinación con otros servicios para poder actuar de forma óptima y precoz ante este tipo de lesiones. Es primordial la exploración al inicio y durante el seguimiento mediante la escala ASIA para una correcta monitorización de la evolución, así como la realización de RM previa para delimitar los niveles de la intervención.

Evolución tras la cirugía



ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI) ISCOS

Patient Name: _____ Date/Time of Exam: _____
Examiner Name: _____ Signature: _____

RIGHT MOTOR KEY MUSCLES: C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1, L2, L3, L4, L5, S1, S2, S3, S4-5. (UER Upper Extremity Right, LER Lower Extremity Right)

LEFT MOTOR KEY MUSCLES: C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1, L2, L3, L4, L5, S1, S2, S3, S4-5. (UEL Upper Extremity Left, LEL Lower Extremity Left)

SENSORY KEY SENSORY POINTS: Light Touch (L/T), Pin Prick (P/P), Vibration (V/V), Temperature (T/T), Pain (P/P), Itch (I/I), Ankle Plantar (A/P).

MOTOR SUBSCORES: UER [] + LER [] = UEMS TOTAL [] (0-50) LER [] + LEL [] = LEMS TOTAL [] (0-50) PPS [] + PPL [] = PP TOTAL [] (0-50)

SENSORY SUBSCORES: LTR [] + LTL [] = LT TOTAL [] (0-112) PPS [] + PPL [] = PP TOTAL [] (0-112)

NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI): 1. SENSORY, 2. MOTOR, 3. NEUROLOGICAL, 4. COMPLETE OR INCOMPLETE?, 5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS), 6. ZONE OF PARTIAL SENSORY PRESERVATION.