

SÍNDROME DE BROWN-SÉQUARD ATÍPICO POR FRACTURA CERVICAL

Durá Mota, Eva; Segura Trepichio, Manuel; Aranda Palomo, Nerea; Górriz Aranda, Laura; Ferrándiz Candalija, Carlos
Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

Objetivo

Exponer un caso de fractura cervical como causa atípica del Síndrome de Brown-Séquard.

Material y métodos

Varón de 38 años, sin antecedentes patológicos, fue trasladado por traumatismo craneocervical tras impacto contra el fondo de la piscina. Se encontraba consciente, inmovilizado con collarín Philadelphia, destacando impotencia funcional de hemicuerpo derecho y anestesia en pierna izquierda.

A la exploración destacaba fuerza 0/5 en miembro superior e inferior derechos desde nivel C5 y anestesia en dermatomo C6 y L2. En miembro superior izquierdo no presentaba alteraciones de fuerza ni sensibilidad y en miembro inferior izquierdo presentaba fuerza conservada con anestesia desde nivel L2. Se encontraban preservados el tono del esfínter anal, sensibilidad perianal y reflejo bulbocavernoso.

La TC demostró fractura estallido de C6 y retropulsión de un fragmento hacia el lado derecho del canal raquídeo (Fig. 1), sin luxación facetaria asociada. Se solicitó RMN urgente, mostrando fractura de C6 que reduce el canal e impronta sobre la médula, con signos de mielomalacia entre C5-C7 y rotura del complejo ligamentoso posterior (Fig. 2).

Resultados

Ante una fractura de C6 tipo A4 (AO Spine) con lesión medular aguda incompleta ASIA B, se llevó a cabo tratamiento quirúrgico precoz antes de las 24h. Mediante abordaje cervical anterior se realizó descompresión medular con corpectomía de C6, drenaje de hematoma epidural y reducción abierta y fijación interna mediante caja de corpectomía con injerto autólogo y placa anterior atornillada (Fig. 3).

La evolución postoperatoria fue favorable con recuperación sensitiva completa y motora de 3/5 en C6-C7, 2/5 en C8-T1, 4/5 en L2-L4 y 2/5 en L5-S1 derechos, logrando marcha autónoma con ayuda de una muleta al alta hospitalaria al 15º día.

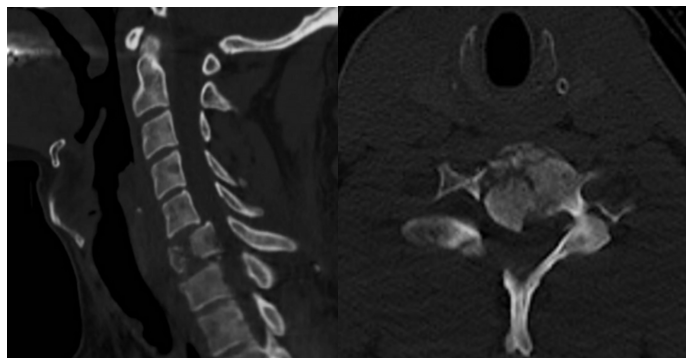


FIGURA 1. TC CERVICAL. Fractura estallido de C6 con invasión de fragmento óseo en el canal raquídeo derecho. Fractura tipo A4 (AO Spine)

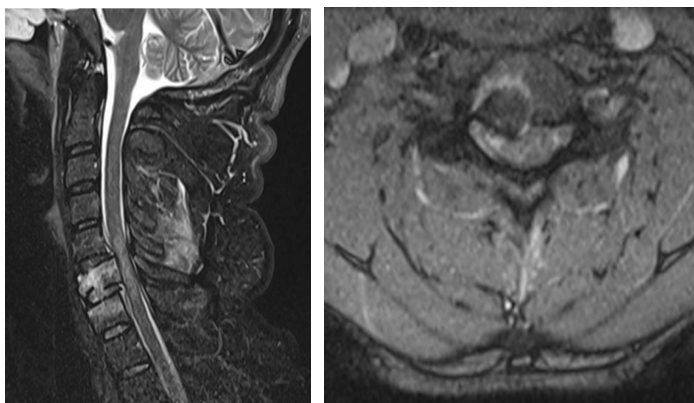


FIGURA 2. RMN CERVICAL- SECUENCIA T2 STIR. Signos de mielomalacia de C5-C7.

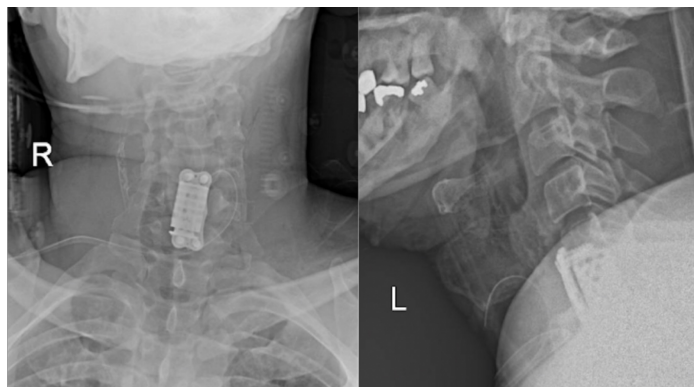


FIGURA 3. RADIOGRAFÍAS POSTQUIRÚRGICAS

Conclusiones

El síndrome de Brown-Séquard es resultado de una hemisección medular, normalmente tras una lesión penetrante, manifestándose con hemiparesia y pérdida de sensibilidad propioceptiva ipsilateral junto con pérdida de sensibilidad termoalgésica contralateral. La presentación como forma “pura” es rara, siendo más frecuente como Síndrome de Brown-Séquard-Plus, forma atípica con paresias asimétricas ipsilaterales y parestias contralaterales. El pronóstico es favorable con recuperación de la fuerza y la marcha a los 6 meses, siendo mejor cuando la causa es por traumatismo cerrado y en lesiones incompletas. Destaca la importancia pronóstica de la descompresión temprana (<24h), especialmente en lesiones medulares incompletas.