

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina física y de rehabilitación

Trabajo:

Control de lectura

Docente:

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Alumno:

López Sánchez Jennifer Larissa

Semestre y grupo:

5º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 29 De octubre del 2021.

Traumatismo Raquímedular

El trauma raquímedular puede ser una lesión devastadora para el paciente traumático asociándose a altas tasas de mortalidad y una morbilidad significativa.

El trauma raquímedular comienza con lo que ha denominado "lesión primaria". Esta lesión es provocada por la energía del trauma, la cual desencadena una falla biomecánica de las estructuras que estabilizan la columna (hueso y ligamentos). Los fragmentos de hueso desplazados y la inestabilidad resultante provocan a su vez fuerzas que pueden generar una disrupción inmediata del tejido neural o vascular. En esta etapa, la magnitud de la lesión de la médula espinal se relaciona con el nivel de energía involucrado.

La segunda etapa de lesión (conocida como "lesión secundaria") sigue a la anterior y es el resultado de fenómenos locales de isquemia, inflamación, hiperexcitabilidad neuronal y generación de radicales libres; lo que finalmente lleva a mayor muerte neuronal. La lesión vascular local provoca hemorragia e isquemia progresiva. La ruptura de neuronas asociada a la incapacidad de la glía de captar glutamato promueve la muerte celular.

La pérdida de la barrera hematoespinal permite el paso de citoquinas, péptidos vasoactivos y

Neurotraumatismo Rodriamir

Celulas Inflammatorias que Juntos Contribuyen a generar edema y un estado pro-inflamatorio. Durante las horas y dias que siguen, la muerte celular a su vez libera señales pro-apoptosis. Todos los fenomenos generan diversos productos citotóxicos que a su vez promueven la muerte celular.

Existe además "el Shock Espinal (SE)".

Este fenomeno se define como la perdida completa de la función motora y sensitiva por debajo del nivel de la lesión, acompañada de la perdida de los reflejos tendinosos profundos y esfinterianos. Clásicamente la ausencia del reflejo esfinteriano se utiliza como señal de la presencia de SE el que impide realizar pronósticos neurológicos. Por el contrario, la recuperación del reflejo es un signo de que el shock ha terminado. En este momento, la persistencia de la pérdida de función motora y sensitiva significa que estamos frente a una lesión medular completa.

El SE no debe confundirse con el Shock Neurogénico (SN). Este último se caracteriza por bradicardia e hipotensión provocadas por un efecto parasimpático sin contraposición (por daño de los tractos simpáticos a nivel cervical o torácico alto).

El manejo del trauma requiere de la conveniencia en el sitio del accidente y debería seguir los protocolos de "Sporte Vital Avanzado en el Trauma". Estos incluyen la estabilización completa de la columna.

Frente a cualquier sospecha de lesión (incluyendo collar cervical, tabla espinal e inmovilizaciones laterales), la movilización en bloque del lesionado, el soporte de la vía aérea y de la perfusión. La TAC es el estudio recomendado en casos de trauma raquímedular. La TAC con cortes axiales y reconstrucciones sagital y coronal permite ver el detalle de la lesión ósea, especialmente la ocupación del canal raquídeo por fragmentos óseos o por translación.

El rol de la RM en el estudio inicial del TRM es controversial, además de ser un recurso de acceso restringido y disponibles solo en centros de alta especialidad. En la TAC se muestra una evidente alteración ósea y ligamentosa y el estado neurológico es concordante, el uso de la RM es debatible.

Una vez estabilizado el paciente debe realizarse la evaluación neurológica, la que es clave para la toma de decisiones terapéuticas. Es un paso crítico donde se determina la severidad del trauma espinal y el estado neurológico basal del paciente.

La escala de Frankel, que corresponde a una escala de gravedad de 5 puntos, ha sido ampliamente usada para determinar la gravedad de la lesión medular aguda. Se clasifican en completo (Grado A) solo sensitivo (Grado B), motor inútil (Grado C) motor útil (Grado D), sin déficit (Grado E).

BIBLIOGRAFIA

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-traumatismo-raquimedular-trm-revision-bibliografica-S0716864020300754>