

**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Materia:**  
**Medicina Física y De Rehabilitación**

**Trabajo:**  
**Control de lectura “*Traumatismos raquimedular*”**

**Docente:**  
**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

**Alumno:**  
**Polet Viridiana Cruz Aguilar**

**Grupo: 5 B**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a; octubre del 2021**

# 3RA UNIDAD

## TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

El concepto de traumatismo raquímedular (TRM) incluye a todas aquellas lesiones de origen traumático que pueden afectar, conjunta o aisladamente las diferentes estructuras de la columna vertebral o a cualquiera de sus niveles.

La posibilidad de afectación marcada claramente la importancia de los TRM. El déficit neurológico o depende del tipo de lesión y del nivel del daño medular. La expresión clínica abarca desde traumatismos leves con escasas recuperación funcional hasta situaciones de inmediato riesgo vital, por secuelas invalidantes.

Los TRM se asocian frecuentemente (25-60% de los casos según las series) con traumatismos múltiples, principalmente craneoencefálicos, torácico y huesos largos.

Frecuencia más alta entre 20 y 50 años, sobre todo en varones. Aunque hay otro pico en ancianos debido a caídas. Entre las causas: Accidentes de tráfico, laborales, deportivos y caídas.

Una morbilidad global del 5-20% mayor en los segmentos superiores que en los inferiores. Las complicaciones neurológicas son: 20% más frecuentes en las regiones cérvico-dorsales que las lumbares.

Fisiopatología:

1) Flexión: lesión ligamentosa posterior, con o sin lesión ósea asociada a los ligamentos posteriores incluyen: Amanillo, intersepinosos y supraspinosos.

2) Compresión axial: Fractura comminada del cuerpo con fragmentos retropuestos hacia el canal o los ligamentos posteriores permanecen intactos.

3) Flexión - compresión axial: 3 tipos de lesiones

a) Fractura en arco (aplastamiento)  $< 50\%$  de la altura del cuerpo: elementos óseos y ligamentos posteriores indemnes.

b) Fractura en arco  $> 50\%$ : rotura de ligamentos posteriores, con o sin fractura del arco posterior = lesiones más inestables.

c) Fractura - estallido del cuerpo: fragmentos invaden el canal, rotura de ligamentos posteriores y frecuentes fracturas del arco posterior.

4) Flexión - rotación: Produce una fractura = luxación, con el fragmento cranial rotado sobre el caudal. Las fuerzas de flexión producen una fractura en arco o en estallido, mientras que las de rotación provocan fractura de la apofisis articular de la vértebra inferior.

5) Hiperextensión (contrario de la flexión) lesión ligamentosa anterior. Puede asociar lesión del disco y rotura de un fragmento de la parte anterior del cuerpo vertebral que está anclado al ligamento vertebral común anterior (LVCA). Es raro.

6) Flexión - Separación: Produce una rotura transversa del cuerpo y arco vertebral a través de los pedículos, con las estructuras ligamentosas intactas o preservada el sistema ligamentario. Pero quizás lo más importante es decir si la lesión es estable o inestable.

o Fractura inestable: Cuando aparece el daño medular y/o radicular o se desarrolla deformidad y/o dolor difusos. Han de cumplirse 2 o más de las siguientes condiciones:

1) Pérdida de la integridad del cuerpo vertebral

2) Pérdida de la integridad de los ligamentos o arco posterior

3) Pérdida de alineación de la columna 2 o todas ellas hacen

que en vez de tener una ruptura inestable  
las 3 columnas o pilares de carga de Denis. La lesión 2 o más  
de ellas produce una inestabilidad.

Anterior: LVP (ligamento vertebral común anterior) y mitad  
anterior del cuerpo-disco

Medial: mitad posterior del cuerpo-disco y LVP.

### Cuadro clínico

Lesión medular completa (shock medular) Es el extremo máximo.  
Se interrumpen las vías nerviosas y se ponen en actividad  
automática los segmentos infralesionales. De hoy para abajo el  
paciente no mueve ni siente nada.

- Paraplejía flaccida (no hay tono muscular), areflexia y anestesia,  
distales a la lesión. Retención urinaria. Protonia del esfínter  
anal.

El shock medular puede durar 24hrs y varias semanas. Después  
por debajo del nivel lesional la paraplejía se hace espástica y  
hiperreflexiva. El primer reflejo en aparecer es del esfínter anal. Son  
reflejos de liberación.

Si se conserva la flexión del 10 del dedo del pie (Babinski negativo) (S2)  
y la sensibilidad perineal (S2, S3, S4), la lesión no es completa.

### Diagnóstico

- Dolor: Siempre que exista fractura habrá dolor (salvo que el paciente  
no esté en condiciones de expresarlo)

- Cuadro clínico: Exploración neurológica

- Examen radiológico: Rx simple (AP, LAT, en flexión y extensión si es  
posible) TC, RM (util para ver ligamentos).

Tratamiento: Dependiendo de que esté afectado así se le  
dará el tratamiento adecuado a la afección o cirugía.

## Bibliografía

*TRAUMATISMOS MEDULARES*. (18 de 09 de 2012). Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-02%20Traumatismos%20raquimedulares.pdf>