



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

**Materia: Medicina física y de rehabilitación**

**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

**Trauma raquimedular**

**Alumna:**

**Guadalupe Elizabeth González González**

**Semestre y grupo**

**5 “B”**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 29/10/2021.**

# TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

El Traumatismo Raquimedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afecten las diferentes estructuras osteoligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y medulares de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles. Habitualmente afecta a personas jóvenes en etapa productiva.

Representa un problema económico para los Sistemas de Salud dado al alto costo que implica su tratamiento en la etapa aguda y posterior rehabilitación. La médula espinal es el conducto a través del cual viaja la información entre el cerebro y el cuerpo, esta diseñada como eje transmisor, regulador y modulador de múltiples funciones neurológicas. La lesión medular aguda es un proceso dinámico, evolutivo y multifásico a partir del momento en que se produce el traumatismo; por ello el objetivo sobre el manejo del daño espinal está orientado a reducir el déficit neurológico resultante y prevenir alguna pérdida adicional de la función neurológica. El nivel más frecuente de lesión es la región cervical media baja, el siguiente lugar es la unión toracolumbar; coincidiendo estos niveles con las áreas de mayor movilidad de la columna espinal. En un paciente con sospecha de daño espinal, la columna debe ser inmovilizada para prevenir el daño neurológico y la anatomía de la lesión debe ser analizada como primer paso al momento de proveer un tratamiento efectivo.

El TRM tiene una incidencia anual en Chile que fluctúa entre 11,5 - 53,4 / 1000000 de habitantes. Las publicaciones indican que el daño sobre la médula espinal permanece sin ser reconocido en el 4-9% de los individuos que lo padecen. El TRM debe ser sospechado en las víctimas de accidentes de tráfico de alta velocidad, personas sometidas a traumatismo severo, aquellos que han caído por las escaleras, o que se han dañado al zambullirse en el agua, personas con trauma menor que refieran dolor y/o que presentan síntomas sensitivos o motores, y en las personas que han sufrido un traumatismo y que posteriormente han quedado con compromiso de conciencia debe asumirse que padecen un TRM hasta no poder lo contrario. Los objetivos de manejo del TRM son: conservar la vida, disminuir el déficit neurológico, prevenir una pérdida adicional de la función neurológica. El término nivel neurológico se refiere al segmento más caudal de la médula espinal con funciones sensitiva y motora conservadas. Los segmentos de los cuales se encuentra la función normal a menudo difiere entre ambos lados del cuerpo en relación a la sensibilidad y motricidad. De esta forma cuatro diferentes segmentos pueden ser identificados como niveles neurológicos (R hace alusión al lado derecho y L hace alusión al lado izquierdo). R y L sensitivo, R y L motor. Se recomienda que cada

uno de estos segmentos sea recordado por separado y que no se use un nivel único para evaluarlo. Al hablar de nivel sensitivo, se refiere al segmento medular más caudal con función sensitiva normal a ambos lados del cuerpo. El término nivel motor corresponde a una definición similar con respecto a la función motora. Los distintos niveles son determinados a través del examen neurológico de los dermatomas y de los miotones.

El nivel esquelético se refiere al nivel en el cual, por medio del examen radiográfico, se encuentra el mayor daño vertebral. Inmovilización espinal: de los pacientes con traumatismos mayores el 5% presenta inestabilidad a nivel de la columna cervical, de ellos 2/3 (3,3%) se presenta sin déficit neurológico. Todo paciente con un traumatismo mayor debe ser rescatado con la colocación de un collar ortopédico y proceder posteriormente al traslado en una tabla espinal larga con sus amarros correspondientes con el fin de asegurar un manejo sin movimientos intempestivos que pudieran aumentar el daño. En el sitio de atención el paciente puede ser evaluado en la misma tabla sin necesidad de hacer traslados que impliquen movilidad de la columna vertebral. La región cervical es la porción de la columna con mayor rango de movilidad, es también el sitio más común de lesión. La columna dorsal desde T1 a T3 posee una considerable estabilidad.

## Bibliografía

- Jorge Lavanderos F1, Sebastián Muñoz G1, Loreto Vilches A1, Miguel Delgado M2, Karina Cárcamo H2, Stephania Passalacqua H1, Eduardo Ortega R3. (2008, 9 junio). *Traumatismo raquímedular*. ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://plataformaeducativauds.com.mx/alMiParcial.php?tok=157227902312426>