



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

DR.- SERGIO JIMENEZ RUIZ

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Proyecto:

Control de lectura "Trauma raquimedular"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 26 de octubre de 2021.

Trauma raquímedular

El trauma raquímedular puede ser una lesión devastadora para el paciente traumático, asociándose a altas tasas de mortalidad y una morbilidad significativa. Más del 70% de las lesiones raquímedulares se acompañan de politraumatismo y la carga socioeconómica que implica una lesión medular es substancial. Por todo lo anterior, existe la necesidad de optimizar las recomendaciones de tratamiento para estos pacientes.

Una vez los pacientes son restabilizados el tratamiento de las lesiones raquímedulares induce una rápida evaluación y caracterización de la lesión, para determinar si es necesaria una reducción quirúrgica mediante estabilización y descompresión. El tratamiento quirúrgico de estos pacientes es desafiante. Muchas veces los pacientes se encuentran en un estado crítico y no existe una guía para priorizar el tratamiento de lesiones múltiples. En estos casos toma importancia la aplicación del concepto de "cirugía de control de daños". Existen además factores del tratamiento como estudios y disponibilidad de equipo.

Fisiopatología:

Comienza con lo que se 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 huesos desplazados y/o 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 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. Durante las horas y días que siguen, la muerte celular a su vez libera señales pro-apoptosis. Todos estos fenómenos generan diversos productos citotóxicos que a su vez promueven la muerte celular. La persistencia de compresión sobre la médula agrava la isquemia, el edema y la progresión hemorrágica en la zona de contusión.

Manejo prehospitalario:

Comienza en el sitio del accidente y debería seguir los protocolos de "soporte vital Avanzado en el trauma". Estas incluyen la estabilización completa de la columna frente a cualquier sospecha de lesión, la movilización en bloque del lesionado, soporte de la vía aérea y de la perfusión.

Manejo Hospitalario:

* Radiografía Simple: Nos permite identificar a nivel de la lesión en la gran mayoría de los casos.

* TAC: Tiene una alta especificidad, pero su sensibilidad se disminuye en la detección de compresiones medulares, así como en lesiones lissamentarias.

* RM: Su capacidad para evaluar con detalle las partes blandas, es un recurso importante en casos de compromiso neurológico inexplicable, con el fin de descartar otras lesiones.

* Evaluación neurológica: La más utilizada y recomendada son las Normas internacionales para la clasificación neurológica de las Lesiones de la Medula espinal (ISNCSCI), con ella determinan los niveles sensitivos y motores para el lado izquierdo y derecho del cuerpo, así como la presencia o ausencia de preservación sacra.

Bibliografía:

- 1.- TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (TRM). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, Gonzalo Arriagad, Nicolás Macchiavello. Cirujano de Columna. Centro de Columna Clínica Las Condes. Santiago, Chile.
- 2.- Fisiopatología del trauma raquimedular. Padilla-Zambrano H, Ramos-Villegas Y, Alvis-Miranda HR, Joaquin AF, Moscote-Salazar LR.
- 3.- Moreno García S. Trauma raquimedular. Morfolia. 2015;7(1):48–54.