



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Materia:**

**MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**Docente:**

**DR- SERGIO JIMENEZ RUIZ**

**Presenta:**

**Aldo Gubidxa Vásquez López**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 12/10/2021.**

# Trauma Raquimedular

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

Ya que los pacientes son restabilizados el tratamiento de las lesiones raquimedulares incluye una rápida evaluación y caracterización de la lesión para determinar si es necesario una reducción quirúrgica mediante estabilización y compresión.

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 implicación del concepto de "Cirugía de control de daños".

Clinicamente cursa con implantación baja del cuero cabelludo, platibasia y fusión de las vértebras cervicales.

Fisiopatológicamente el SKF se debe a un fallo de la segmentación que se produce entre la tercera y octava semana de embriogénesis.

El síndrome de SKF se clasifica en tres tipos

1. Fusión congénita "masca" de vértebras cervicales en un único bloque que puede incluir también vértebras torácicas; clínicamente se asocia con carga y restricción de la movilidad maxilar cervical.

2. Fusión congénita de espuelas intervertebrales no contiguas. Puede incluir una fusión occipital y asociarse a otras anomalías vertebrales, como por ejemplo hemivértebras cervicales y to.

3. Fusión congénita de múltiples segmentos cervicales, continuos de vértebras cervicales y torácicas o inicio de lumbares.

2 y 3: Se asocian con mayor frecuencia a síntomas radicales y mielopatía.

El 68% de los pacientes con SKF presentan síntomas neurobiológicos fundamentalmente en la edad adulta; cervicalgia crónica o compresión medular o radicular principalmente la sobrecarga producida favorece el desarrollo de cambios espilaxicos en los discos y articulaciones interapofisarias, que pueden acabar originando estenosis del canal central o foraminal.

Las alteraciones anatómicas cervicales de estos pacientes también predisponen a la aparición de secuelas graves tras traumatismos cervicales leves. El tratamiento del SKF está dirigido a prevenir la aparición de inestabilidad cervical y artropatía degenerativa.

El objetivo principal del tratamiento del SKF es reducir la compresión sobre la unión craneocervical. El tratamiento óptimo depende de la reductividad de las lesiones óseas de la posibilidad de restaurar el almacenamiento vertebral para reducir la compresión de la presencia de anomalías de los centros de especificación y placas de crecimiento epifisario.

Clinicamente cursa con implantación baja del cuero cabelludo, platibasia y fusión de las vértebras cervicales.

Fisiopatológicamente el SKF se debe a un fallo de la segmentación que se produce entre la tercera y octava semana de embriogénesis.

El síndrome de SKF se clasifica en tres tipos

1. Fusión congénita "masca" de vértebras cervicales en un único bloque que puede incluir también vértebras torácicas; clínicamente se asocia con carga y restricción de la movilidad maxilar cervical.

2. Fusión congénita de espuelas intervertebrales no contiguas. Puede incluir una fusión occipital y asociarse a otras anomalías vertebrales, como por ejemplo hemivertebrales cervicales y to.

3. Fusión congénita de múltiples segmentos cervicales, continuos de vértebras cervicales y torácicas o inicio de lumbares.

2 y 3: Se asocian con mayor frecuencia a síntomas radicales y mielopatía.

**Bibliografía:**

Harrison Principios de medicina interna en su 20ª Edición- "Traumatismos raquimedulares"