

La importancia de las fracturas vertebrales por hiperextensión

Enara Piris Valor, Igone Etxeberria Herrasti, Ana Lersundi Artamendi, Ignacio Carrillo Beloso, Ander Uriz Arratibel

Objetivos

Presentar mediante un caso clínico la importancia del diagnóstico precoz de las fracturas vertebrales por hiperextensión asociadas a hiperostosis vertebral y describir las lesiones asociadas y complicaciones observadas a corto plazo.

Material y metodología

Paciente varón de 80 años que consulta por dolor en zona dorsal tras traumatismo de baja energía con mecanismo de hiperextensión. A la exploración física presenta dolor a la palpación de apófisis espinosas C6-C8 y dorsales medias, balance muscular global 5/5 y sensibilidad global conservada en las cuatro extremidades. Presenta reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No presenta incontinencia de esfínteres ni hipoestesia perineal. Se realizan radiografías dorsales (**Figura 1**) y lumbosacras, pero no se identifican líneas de fractura inicialmente. Ante la sospecha clínica de posible fractura vertebral dorsal, se realiza TAC torácico (**Figura 2**) y se diagnostica fractura vertebral T7. Dadas las características de la fractura, se decide traslado a hospital terciario y completar estudio con RMN, en la que se identifica fractura C6 por edema óseo sin colapso ni afectación de muro posterior y fractura en cuerpo de T7 que se extiende a muro posterior sin retropulsión de este. Tras completar el estudio de imagen, se decide realizar osteosíntesis abierta T5-T9 vía posterior (**Figura 4**).

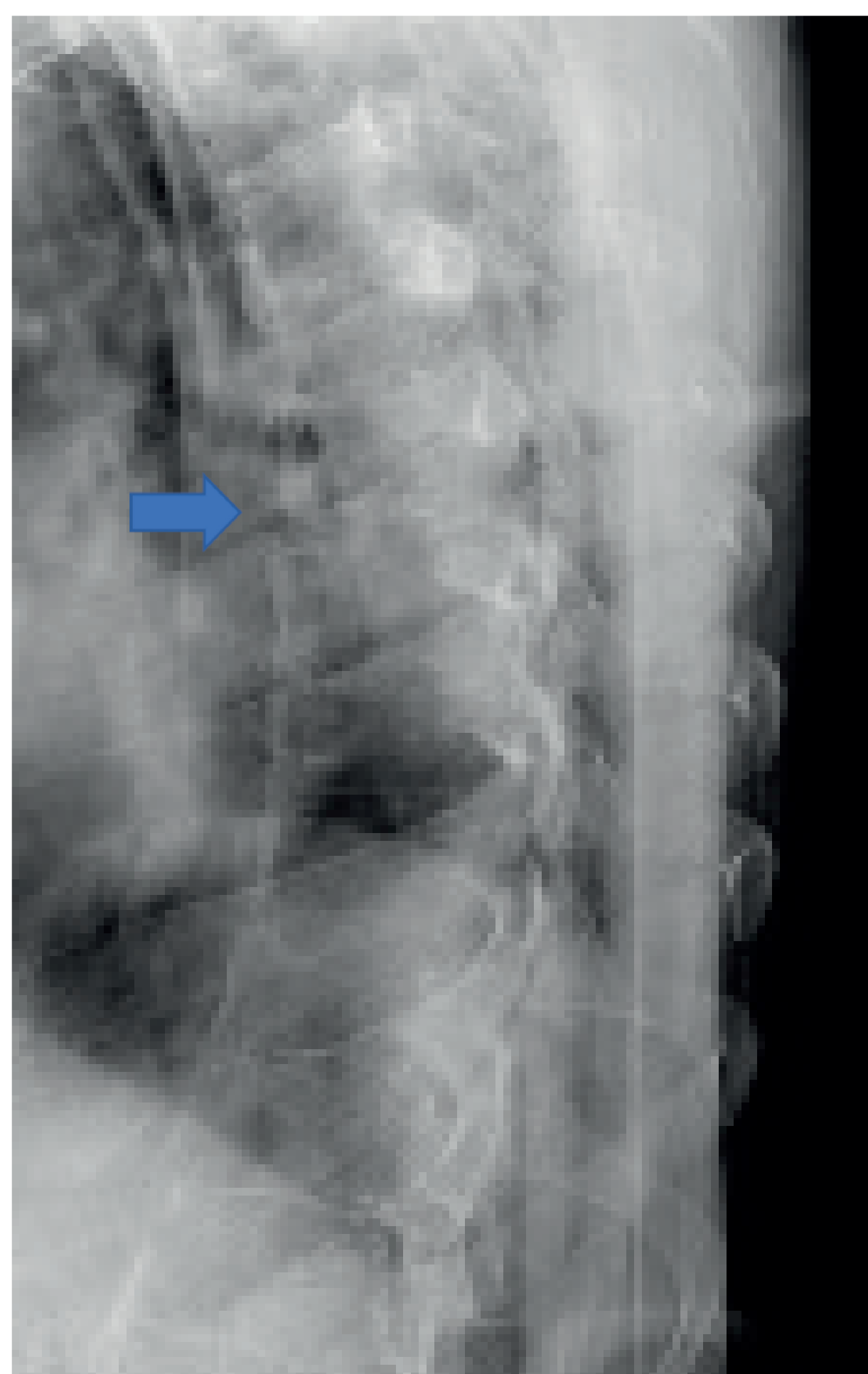


Figura 1: Radiografía dorsal lateral. Se identifica solución de continuidad en ligamento longitudinal anterior calcificado a nivel de la vértebra torácica T7 (flecha).

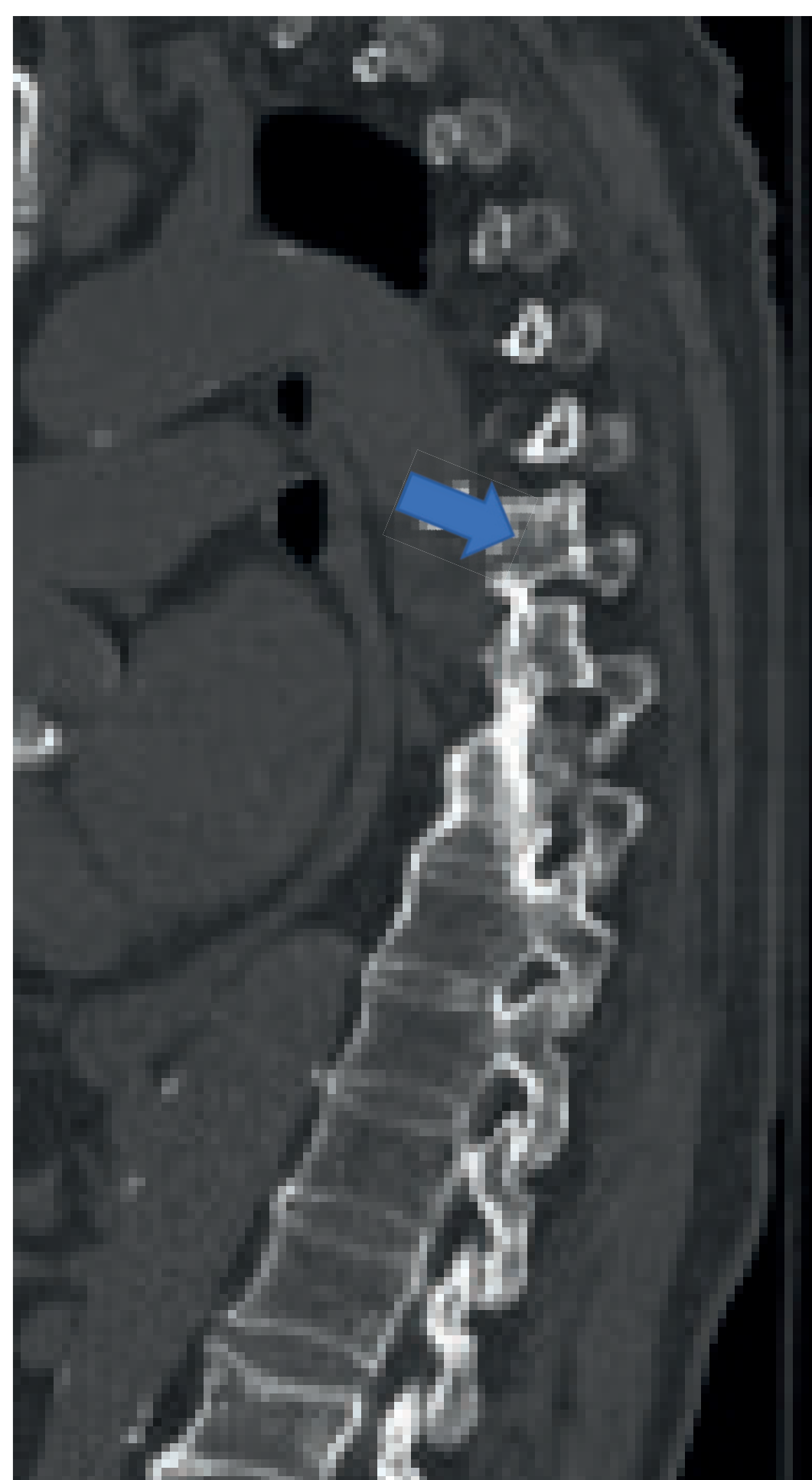


Figura 2: TAC torácico. Se identifica fractura vertebral T7 (flecha).



Figura 3: RMN cervical. Se observa edema óseo en la vértebra C6 sugestivo de fractura (flecha).

Resultados

Dadas las características clínico-radiológicas, la fractura de T7 corresponde al tipo B3N0M2 y la de C6 al A1N0M0 según la clasificación AOSpine. Estos pacientes presentan altas tasas de complicaciones médico-quirúrgicas. En este caso, la evolución tórpida de la herida quirúrgica conlleva un desbridamiento con retención del implante a las 2 semanas y nuevamente al mes con recambio del implante por el mismo motivo. Los cultivos intraoperatorios son positivos para *Serratia marcescens* y *Proteus mirabilis*.

A los 5 meses, los controles clínico-radiológicos son correctos, sin complicaciones de nueva aparición.

Al año, el paciente presenta buen estado general y el dolor está controlado. La herida quirúrgica no presenta signos inflamatorios ni dehiscencia y la exploración neurológica es normal. El control radiográfico es correcto (**Figura 4**).

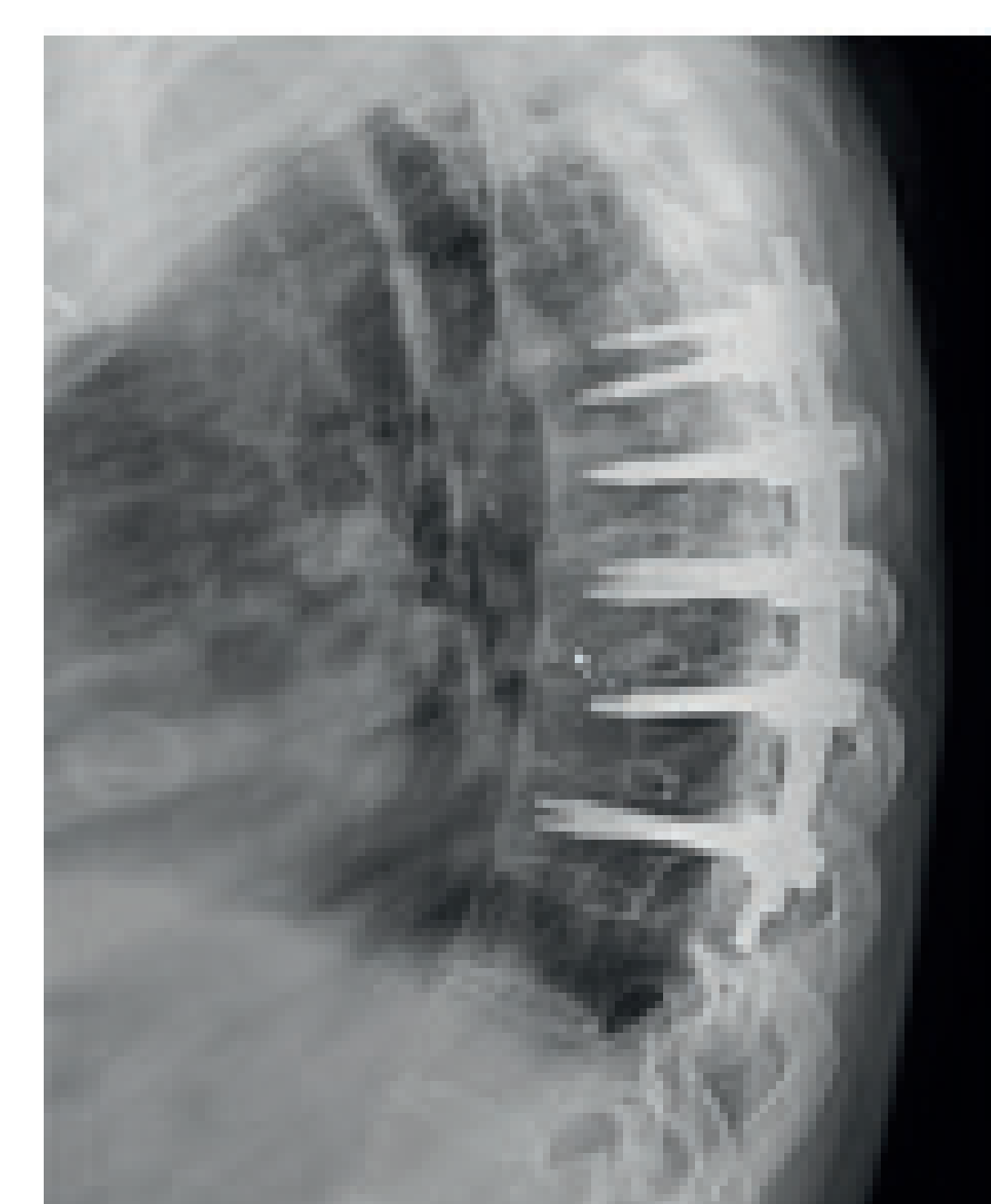


Figura 4: Radiografía dorsal lateral de control al año desde la cirugía de artrodesis.

CONCLUSIONES

Aunque las lesiones causadas por mecanismo de hiperextensión sean relativamente raras, cabe destacar su importancia debido al alto grado de inestabilidad que presentan y su alta tasa de complicaciones, tales como la infección. Además, con frecuencia subyace una columna anquilosada. Debe hacerse un despistaje y, si es necesario, tratamiento de las lesiones asociadas. A pesar de que la prueba inicial sea la radiografía simple, frecuentemente pasan desapercibidas y debe mantenerse un alto índice de sospecha para completar el estudio mediante TAC. La RMN es útil para descartar hematomas epidurales, que se presentan con mayor frecuencia en este grupo de pacientes.

Conflictos de intereses: No.