



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA: MEDICINA

50. Año



DOCENTE : Dr. Ricardo Zabala

MATERIA : Traumatología

ALUMNAS : Durán Flores Mirian

Espinoza Cadima Crysthel

FRACTURAS Y LUXACIONES DEL RAQUIS

1. INTRODUCCION.

Con frecuencia los segmentos más afectados son:

- El pasaje dorsolumbar 12D, y 1L.
- Parte inferior del raquis cervical 5^{ta}, 6^{ta} cervical.

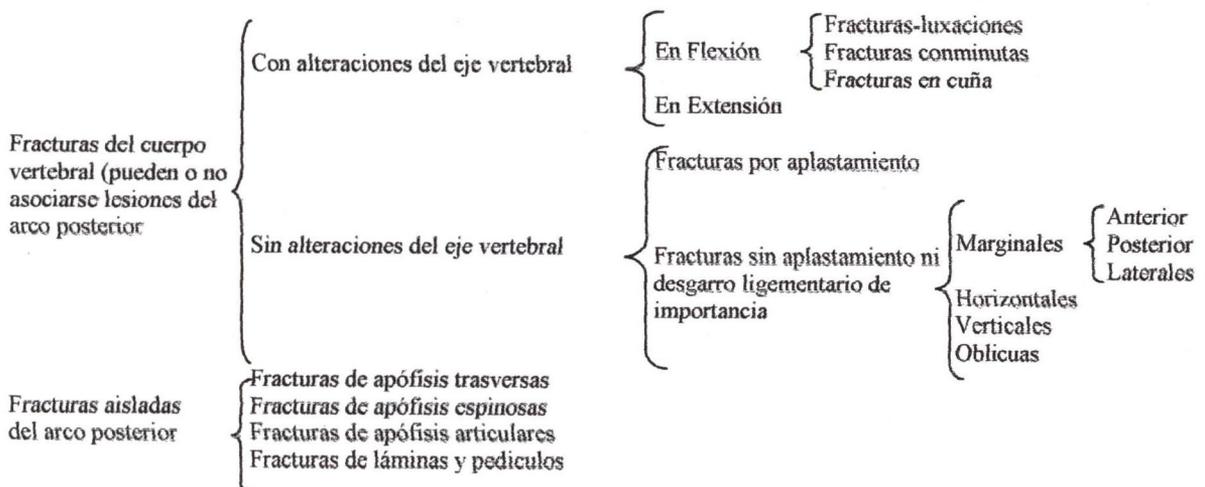
Las lesiones vertebrales se producen casi siempre en forma indirecta y las fuerzas traumatizantes actúan sobre el raquis mediante los siguientes mecanismos.

- Flexión.
- Flexión asociada a rotación.
- Extensión.
- Compresión.

2. CLASIFICACION.

a. Clasificación anatomoclínica de lagomarsino.

1) Fracturas sin complicaciones nerviosas.



2) Fracturas con complicaciones nerviosas.

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| 1) Fractura - luxación | } | Aplastamiento en cuña
conminutas con proyección
posterior de fragmentos |
| 2) Fractura de los cuerpos | | |
| 3) Luxaciones puras | | |

b. Clasificación clínica de Nicoll y Holdsworth.

Sirven para formular un pronóstico y elegir un tratamiento adecuado, se basan en la estabilidad o inestabilidad del raquis, luego de la lesión.

- 1) Lesiones Estables.
 - a) Fracturas cuneiformes por compresión.
 - b) Fracturas conminutas con estallido por compresión.
- 2) Lesiones inestables.
 - a) Luxaciones por flexión.
 - b) Fracturas - luxaciones por extensión.
 - c) Fracturas - luxaciones por rotación.

3. TRAUMATISMOS DEL RAQUIS CERVICAL.

a. Entorsis o esguinces cervicales.

Son lesiones de las partes blandas regionales generalmente secundarias o accidentes automovilísticos que determinan:

- Hiperextensión o hiperflexión del raquis cervical.
- Lesiones de los ligamentos raquídeos.
- Extrusiones discales.
- Hemorragias meníngeas (extra o subdural) o intramedulares.
- Perturbaciones en el sistema de las arterias vertebrales (vasoconstricción por excitación simpática, trombosis, compresión por contractura de los músculos del triángulo suboccipital).

Todo esto en ausencia de lesiones óseas vertebrales o de luxaciones, la inexistencia de estas últimas puede ser solo aparente y obedecer a su reducción espontánea

Debe realizarse un buen interrogatorio para establecer el mecanismo del trauma:

- Golpe de cabeza
- Choque de auto por adelante o atrás.
- Oscilación violenta del raquis cervical.

1) **Síntomas.**

- Dolor.
- Contractura de los músculos de la nuca.
- Se debe investigar síntomas de insuficiencia del sistema de las arterias vertebrales: cefalalgias, visión borrosa, lagrimeo y pérdida del equilibrio.

2) **Diagnostico.**

En examen radiológico es necesario y debe realizarse en proyección frontal (transoral para C₁ y C₂) lateral y además oblicuas y perfiles en hiperflexión e hiperextensión.

3) **Tratamiento.**

- Reposo absoluto en cama, con o sin tracción continua craneana.
- Inmovilización (collar o minerva).
- Fisioterapia.

b. Fracturas y luxaciones de columna cervical.

Se distinguen dos sectores anatomofuncionales:

- 1) Superior integrado por Atlas y axis.
- 2) Inferior integrado por 5 últimas VC.

1) Fractura del Atlas.

- Puede fracturarse en su arco anterior, arco posterior (más común), masas laterales (raro).
- **Mecanismo:**
 - Hiperflexión.
 - Hiperextensión.
 - Compresión entre occipital y axis.
- **Cuadro Clínico.**
 - Dolor espontáneo y a la palpación en región suboccipital.
 - Rigidez de cuello por contractura muscular.
 - Sustentación manual de la cabeza al cambiar de posición.
 - Limitación funcional.
 - Disfagia, parestesias, anestesia en territorio del nervio suboccipital (a veces).
- **Diagnostico.**

Rayos x - Proyecciones:

 - Lateral.
 - Transoral.
 - Suboccipital.
- **Pronóstico.**

Bueno (generalmente no se asocian con lesiones medulares), con un buen tratamiento.

Si el tratamiento es deficiente habrán complicaciones tardías:

- Luxación progresiva.
- Neuralgia por compresión del nervio suboccipital.
- **Tratamiento.**
 - Inmovilizar.
 - ❖ Con collar cervical semirígido.
 - ❖ Con tabla vertebral larga.
 - ❖ Con minerva enyesada (2 a 3 meses con o sin tracción cefálica previa).
 - Ejercicios.
 - Fisioterapia.

2) Fractura del Axis.

Cuando se fractura el cuerpo vertebral y no hay luxación la clínica y el tratamiento son iguales a los de fractura de atlas.

a. Fractura de Apófisis odontoides:

- **Mecanismo.**

- Hiperflexión cefálica.
- hay tres clases de fracturas:

- I** {
 - Generalmente ocurre por arriba de la base de la apófisis odontoides.
 - Frecuentemente estable.
 - Puede tratarse con collar cervical semirígido o un soporte espinal.
- II** {
 - Tiene lugar en la base de la apófisis odontoides.
 - Generalmente es inestable.
 - La epifisis puede estar presente en niños menores de 6 años y semejar una fractura a este nivel.
- III** {
 - Fractura de apófisis odontoides se extiende al cuerpo vertebral.