

FRACTURA CHANCE L3 EN MÉDULA ANCLADA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Plaza Ortiz, S.; Pèlach i Nadal, M.; Teixidó de la Cruz, A.; Froufe Siota, MA.; Pérez Romera, B.
Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Dr. Josep Trueta

OBJETIVOS:

El síndrome de la médula anclada (MEA) es una **enfermedad infrecuente** (5% población) provocado por una **fijación anormal** de la médula por disrafismo espinal durante la **embriogénesis**.

Dicha fijación ocasiona **tensión** sobre los elementos vasculo-nerviosos, provocando un **déficit neurológico precoz** en el crecimiento acelerado de los niños o en traumatismos de flexo-extensión en los adultos, entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 40 años sin antecedentes patológicos de interés es traída a nuestro centro por accidente de **tráfico de alta energía** con mecanismo de **flexo-extensión brusco**.

Presenta una **evisceración** con laceración masiva de la musculatura de la **pared abdominal** y lesión intestinal.

El SEM realiza la **valoración primaria**:

- **Déficit motor completo** de **ambas extremidades inferiores**
- Inestabilidad hemodinámica

Se intuba. A la llegada al hospital requiere cirugía abdominal emergente.

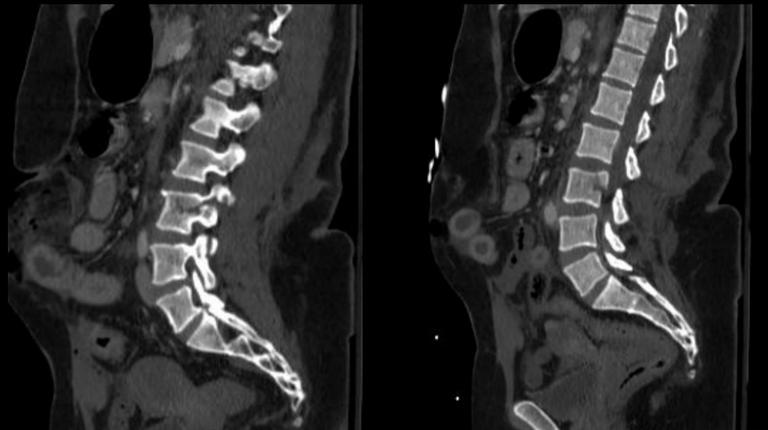
RESULTADOS:

- La paciente se mantiene intubada por lo que no se puede explorar neurológicamente.
- Se sospecha lesión medular verbalizada por el equipo del SEM.
- Se decide realizar una **resonancia magnética del neuroeje**.
- Se confirma la **fractura chance L3** y se objetiva una **lesión medular** en el segmento de D8-L2 junto con una **médula anclada** con cono medular en L4.

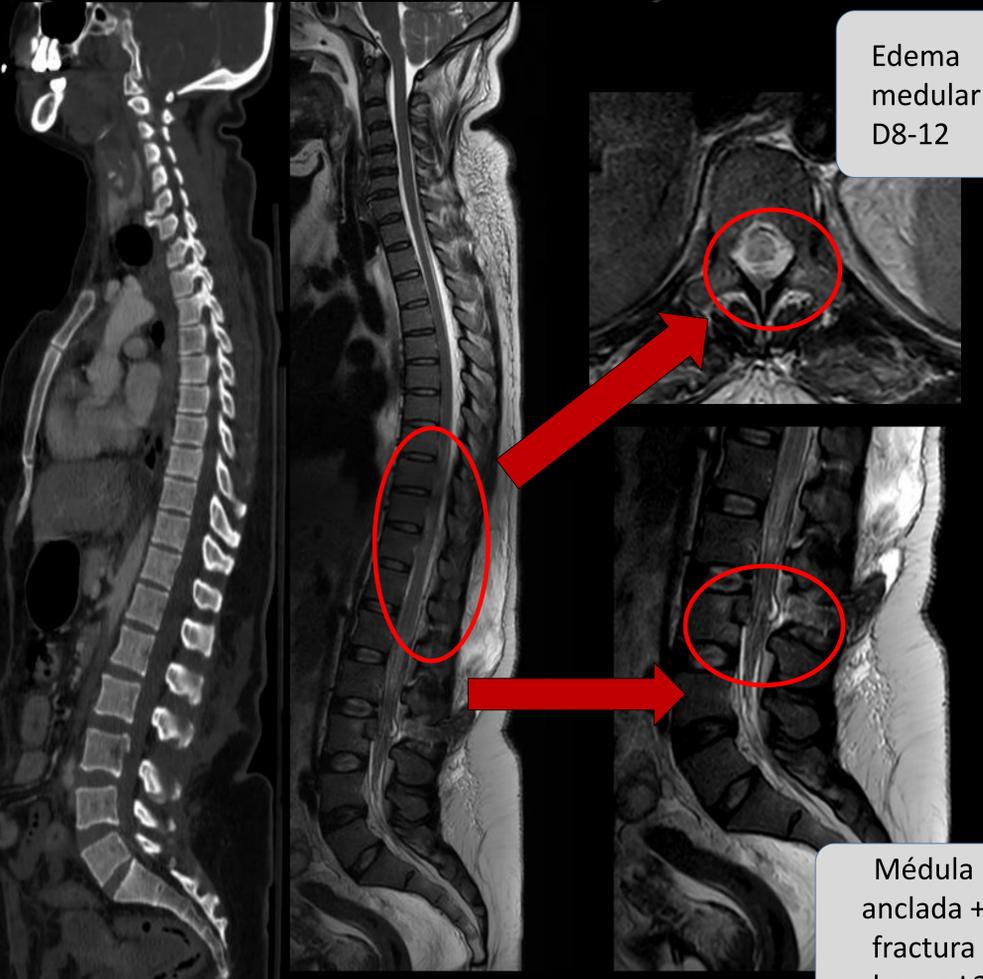
CONCLUSIONES:

- El **diagnóstico de MEA** se basa en la **clínica** y en la **RMN**.
- Entre los **exámenes preoperatorios** de la MEA se encuentran la **electromiografía**, el estudio de **conducción nerviosa** y **potenciales evocados somatosensoriales**, los cuales objetivan la **intensidad de afectación neurológica**, la **topografía** y establecen el **pronóstico** de la anomalía.
- Dado el nivel de la **fractura vertebral** en el TC y la sospecha de la **paresia de extremidades inferiores** verbalizada se indica la realización de una **resonancia magnética** que confirma la **lesión medular** y objetiva la **afectación tipo MEA**.
- Se plantea si el hecho de **tener una MEA** con el mecanismo de flexo-extensión que ocasionó la **fractura L3** **predispuso** a la paciente a **sufrir una lesión medular** a nivel de D8-L2.

- Las lesiones de la musculatura abdominal ocasionaron una comunicación de los compartimentos peritoneal, retroperitoneal y compartimento posterior, produciendo salida de material fecaloideo por el espacio intertransverso.
- Tras largo tiempo en UCI y múltiples reintervenciones abdominales, finalmente se consigue instrumentar la fractura vertebral y la paciente es derivada a Centro de Lesionados Medulares.



Body TC posterior al quirófano emergente: Fractura Chance L3



Edema medular D8-12

Médula anclada + fractura chance L3

TC inicial

RMN

Radiografía control de la instrumentación de L1-L5

