

## Lesión medular central en el paciente adulto tras traumatismo de baja energía



MADRID

AUTORES: Fernández Castillo, M; Casas Temprano, A; Toledo Jiménez, R; Troya Romero, C; Pascual Ramos, I.

**PALABRAS CLAVE:** Traumatismos de la médula espinal. Síndrome medular central. Atención prehospitalaria

### HISTORIA CLÍNICA

Somos activados para valorar a un paciente varón de 82 años que ha sufrido una caída desde su propia altura sin pérdida de conocimiento. No recuerda como se cayó. No hay testigos.

**AP:** DM tipo II, Hipertensión arterial, anemia, NAMC. Tratamiento habitual: Metformina, amlodipino, losartán, hidroferol, cianocobalamina, proteínsuccinilato de hierro, omeprazol. Hora última ingesta: 8h.

**EF:** A nuestra llegada consciente y orientado en las 3 esferas. GCS 15. Paraparesia, sensibilidad disminuida en MMII, puede mover dedos de los pies. Dolor a nivel de T4, no crepitación ósea, sensibilidad toracoabdominal conservada. PINR. MEG, sudoroso y pálido. TA 76/53 mmHg. Saturación O<sub>2</sub> 88%. Auscultación cardiopulmonar normal. Hematoma temporo-parietal izquierdo.

#### Exploraciones complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 71 lpm.

Análítica (muestra venosa): pH 7.37, P02 44.6, PCO<sub>2</sub> 43.6, HCO<sub>3</sub> 25.4, EB 0.10, AGap 7.00, Lactato 4.68, K<sup>+</sup> 3.90, Na<sup>+</sup> 1.41, Ca<sup>+</sup> 1.20, TC0<sub>2</sub> 26.70, Hcto 44%, Hb 14, Cl<sup>-</sup> 109, Crea 1.10, Glucemia 178.

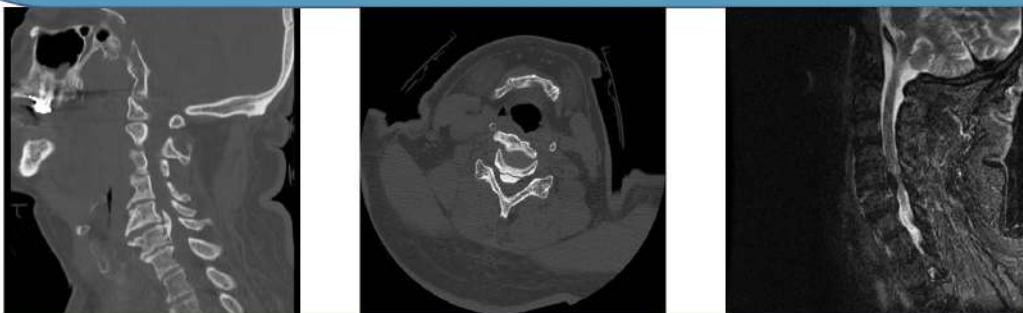
#### Tratamiento:

- Inmovilización con collarín cervical, camilla de cuchara e inmovilizador tetracameral.
- Oxigenoterapia con mascarilla Venturi FiO<sub>2</sub> 50%.
- Sueroterapia con suero salino fisiológico 0,9% 500 ml.
- Analgesia: Paracetamol 1 gr IV.

**Diagnóstico diferencial:** Lesión medular, síncope, aneurisma de aorta abdominal.

#### Evolución:

Ingresa en la UCI de Politrauma del Hospital Clínico San Carlos. Realizan BodyTAC donde no se encontraron evidencias de lesión vertebral medular, pero el paciente continúa con clínica de pérdida de fuerza y sensibilidad en MMII. Realizan RMN, donde evidenciaron una estenosis del canal medular provocada por múltiples osteofitos a nivel de C5 - C6 (Síndrome de Schneider o síndrome centro medular). El paciente empeora ventilatoriamente, por lo que precisa sedorrelajación e IOT. Tras ser valorado por Neurocirugía le realizan artrodesis de C5 - C6 con corporectomía y posterior reconstrucción y fijación.



### CONCLUSIONES

El término SCIWORA (Spinal Cord Injury without Radiographic Abnormality) se define como la existencia de lesión medular aguda, pese a la normalidad de la imagen radiológica convencional (radiografía o TAC). Los pacientes diagnosticados de SCIWORA tienen un amplio espectro de déficits neurológicos. En este caso clínico, el paciente presenta un síndrome medular central o síndrome de Schneider. Schneider et al propusieron la hipótesis de que en la hiperextensión la médula se comprime anteriormente por algún borde osteofítico posteriormente con el ligamento amarillo hipertrofiado quedando en cierto modo "pellizcada", generando hematomiela y necrosis con edema.

Habitualmente aparece en ancianos con enfermedad degenerativa de la columna cervical tras haber sufrido una caída hacia delante, causando una hiperextensión del cuello. La RMN es el método de elección para el diagnóstico.

Los beneficios de la descompresión quirúrgica temprana en el entorno del síndrome medular central de origen traumático siguen siendo controvertidos debido a la falta de ensayos clínicos aleatorizados. Estudios recientes sugieren que la cirugía temprana (menos de 72 horas después del trauma) parece ser segura y eficaz.

Desde el punto de vista prehospitalario, debemos sospechar lesión medular en el paciente anciano por sus cambios degenerativos (columna artrósica, canal estrecho, calcificación de ligamentos, etc.) aunque el mecanismo lesional sea de baja energía.

