Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1224

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2159 - Fractura traumática de apófisis odontoides de 15 días de evolución

M.P. Carlos González[a], M. González Ruíz[b], L. Alli Alonso[c], E.A. Lino Montenegro[d], M. El Sayed Soheim[d], N. Santos Méndez[c], J. Gutiérrez Sainz[e], A.M. González Pedraja[b], J.L. Cepeda Blanco[f] y M.J. Labrador Hernández[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cañoza. Santander. [b]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. [f]Médico Residente de 1er año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Santander. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años con antecedente de caída de bicicleta, sobre hemicuerpo izquierdo, de 15 días de evolución, que acude refiriendo persistencia de dolor en región occipital y cervical posterior con poca respuesta ante el uso de analgésicos, además de aumento de su mareo habitual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Dislipemia. AIT hace aproximadamente 10 años con mareos frecuentes inespecíficos desde entonces. IQ: Artrodesis cervical anterior C4-C7 hace 30 años. Espondilolistesis intervenida quirúrgicamente. Tratamiento habitual: rosuvastatina 20 mg, clopidogrel 75 mg, bromazepam 1,5 mg, bisoprolol 10 mg, lisinopril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/80 mmHg FC: 80 lpm T: 36,5 ^{o}C SatO2: 97% Glasgow 15. Exploración neurológica: consciente y orientado en tres esferas. Colaborador. Funciones corticales conservadas. Lenguaje fluido y coherente. No afasia ni disartria. Pares craneales: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos normales, sin nistagmus. No asimetría facial. No alteración de pares bajos. Visión: no alteraciones en la campimetría. Motor: fuerza

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

conservada en cuatro miembros. Sensitivo: sin pérdida de la sensibilidad. Romberg (-). Marcha en tándem normal. No dismetrías ni disdiadococinesias. Cabeza y cuello: Limitación a los movimientos de flexo-extensión y rotación de la cabeza por dolor. Resto de exploración física normal. Hematimetría y bioquímica: normales. TC cerebro y cervical: sin alteraciones intracraneales. Cervicoartrosis. Fusión de cuerpos vertebrales C3-C7. Fractura tipo II de odontoides con discreto desplazamiento posterior.

Juicio clínico: Fractura de odontoides tipo II.

Diagnóstico diferencial: Hematoma subdural.

Comentario final: Los traumatismos raquimedulares son más frecuentes a nivel del segmento cervical, siendo la mayoría entre C1-C2. Las fracturas de apófisis odontoides (FAPO) se clasifican en tres tipos. Tipo I a nivel del ápex, Tipo II a nivel de la base y Tipo III a nivel del cuerpo de C2. Los mecanismos son la flexión cervical forzada y la compresión axial desde el cráneo con el cuello en extensión. Los accidentes de tráfico y politraumatismos engloban casi el 100% de la etiología. El cuadro clínico puede cursar o no con déficit motor. Las parestesias en MMSS y la limitación para los movimientos cervicales son frecuentes. El dolor intenso en la región occipital y posterior del cuello es el síntoma que está presente en estos pacientes. El paciente además presentaba mareo por lo que solicitamos TC para descartar complicaciones. Ante el hallazgo de FAPO tipo II se inmovilizó con collarín rígido y se solicitó valoración por neurocirugía quienes realizaron fijación transarticular con tornillos por vía posterior. Nos parece importante destacar la importancia de no banalizar síntomas clínicos que son un motivo de consulta frecuente y que en ocasiones no se consigue filiar etiología y aportar tratamiento efectivo. Realizar una buena historia clínica para poder relacionarlos con el antecedente, la exploración física y el no haberle restado importancia a los síntomas, creemos que fueron clave para el correcto diagnóstico de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramiro J. Traumatismos raquimedulares. En: Vaquero J, ed. Neurología Quirúrgica. 2ª edición. Madrid: Ediciones Eurobook S.L; 1995. p.278-91.

2. Couto MT, Hodelín-Tablada R, Kromm A, Assane Y. Traumatismos vertebromedulares no Hospital Central de Maputo. Livro de Resumos. XI Jornadas de Saúde. Maputo. Moçambique 4-8 junho 2001(Te26):23.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.