



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

349/108 - UN GOLPE TONTO

J. Gutiérrez García¹; J. Saura García²; A. Sánchez Agüera³; S. Jiménez Moya³.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.;

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años con antecedentes de HTA, Lumbalgia crónica y FA crónica anticoagulada con sintrom que consulta por un traumatismo accidental estando sentada, mientras se ponía las medias, por pérdida de equilibrio, golpeándose en la region frontal del craneo contra el suelo. Refiere cefalea con sensación de mareo y cervicalgia.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es normal, siendo la exploración neurológica escrupulosamente realizada mostrando la paciente en todo momento Glasgow 15/15, ROT conservados, PC orientados y simétricos, sin alteración de la fuerza o la sensibilidad. TA 160/90, Tª 36,6, ECG en FA a 110 lpm sin alteraciones de la repolarización, glucemia de 150, sin tiraje intercostal ni aumento de la frecuencia cardiaca. La paciente se pasa a sillones con tratamiento analgésico (se desplaza caminando por su propio pie) y se decide programar un TAC craneal tras analgesia por persistencia del mareo, la cervicalgia a pesar de que ha sido un traumatismo de baja energía por el antecedente de anticoagulación. TAC craneal: Gran hematoma subgaleal frontoparietal derecho con niveles liquido-liquido. Fractura multifragmentaria y levemente desplazada de C1. Se recomienda TC de columna cervical para completar estudio. TAC Columna cervical: Fractura transversal y con un leve desplazamiento hacia la derecha de la apófisis odontoides. Fractura del atlas en arco anterior izquierdo, arco posterior izquierdo y arco posterior derecho asociando retrolistesis grado 1 de C1 sobre C2. Sin fragmentos óseos en canal medular. Ante la sospecha de lesión cervical se procede a la inmovilización de la paciente, analgesia y dexametasona. Se contacta con neurocirujano de guarda del hospital de referencia y se decide traslado.

Juicio clínico: Fractura de altas y axis.

Diagnóstico diferencial: Fractura vertebral, hematoma intracraneal, fractura craneal, hematoma frontoparietal derecho, síncope de etiología cardiaca.

Comentario final: Ante todo paciente con sospecha de fractura a nivel cervical debe procederse a su inmediata inmovilización, debido al alto riesgo de afectación medular. En este caso se procedió a la inmovilización mediante tabla espinal y philadelphia, sin intubación, ya que el paciente estaba eupneico en reposo y sin sintomatología mas que una leve cervicalgia. No se debe subestimar los TCE en la población de riesgo tanto en atención primaria como urgencias debido a la variabilidad del

resultado dependiendo de la velocidad de actuación.

Bibliografía

Bulthuis VJ1, Cornips EMJ2, Dings J2, van Santbrink H2, Postma AA3. Unexpected death after occipital condylar fracture. *Acta Neurochir (Wien)*. 2017;159(6):1163-1166.

Rey J, Encabo CM, Pizarro NE, San Martín JL, López-Timoneda F. Management of difficult airway with inhalation induction in a patient with Lennox-Gastaut syndrome and neck injury. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2015;62(9):536-9.