CLINICA CIRA GARCIA

CIRUGIA ESPINAL

Prof. René Rubinos
La Habana, CUBA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TRAUMAS RAQUIMEDULARES

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

HISTORIA

- 1949 NICOLL.
- 1954 LOB
- 1963 HOLDSWORTH.
- 1977 WHITESIDES.
- 1977 LOUIS.
- 1983 Mc AFEE.
- 1984 ROY - CAMILLE.
- 1984 DENIS.
- 1984 ALLEN Y FERGUSON

CLASIFICACION A-O

MECANISMO

COMPRESION

A

LESIONES POR COMPRESION ESTALLAMIENTO

TENSION

B

LESIONES POR DISRRUPCION TRANSVERSAL

TORSION

C

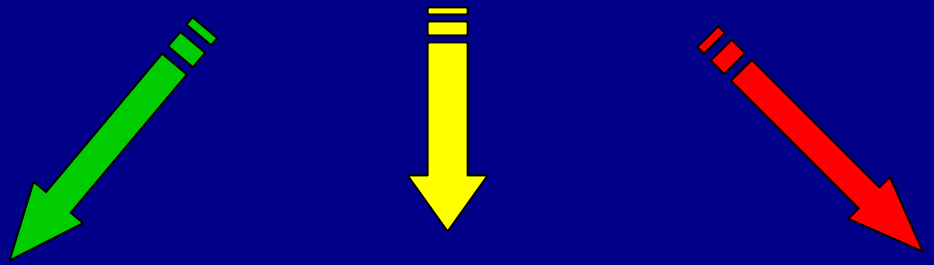
LESIONES POR ROTACION

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

A

LESION DEL CUERPO VERTEBRAL

COMPRESION



1 **IMPACTACION**

2 **SPLIT**

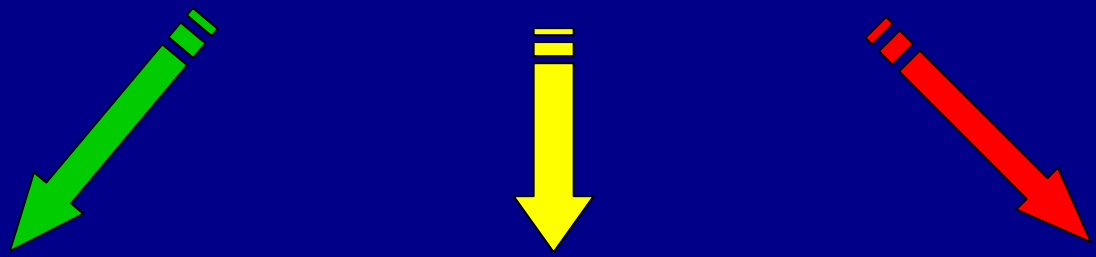
3 **ESTALLAMIENTO**

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

B

LESION DE ELEMENTOS ANTERIORES Y POSTERIORES

DISTRACCION



LESION POSTERIOR

LESION ANTERIOR

1

LIGAMENTARIA

2

OSEA

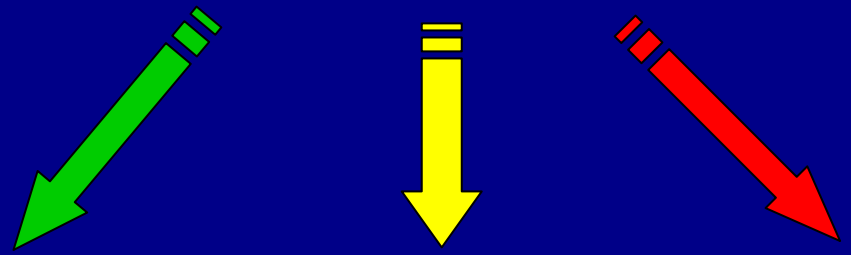
3

A TRAVES DEL DISCO

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS

C

LESION DE ELEMENTOS
ANTERIORES Y POSTERIORES
ROTACION



1 **TIPO A**

2 **TIPO B**

3 **CIZALLANTE**

NIVELES DE LESION MAS FRECUENTES

- CERCANA A LA UNION TORACO-LUMBAR
- FRECUENTEMENTE SE INVOLUCRA MAS DE UN SEGMENTO (23 %)

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION

A

- **2/3 DE TODAS LAS LESIONES.**
- **LESIONES ESTABLES TIPO A EXCEDEN 1/3 DEL TOTAL.**
- **DECRECEN DE CRANEAL A CAUDAL.**

B - C

- **1/3 DEL TOTAL DE LESIONES.**

B

- **MAS FRECUENTE EN LA UNION TORACOLUMBAR.**

C

- **MAS FRECUENTE EN LA COLUMNA LUMBAR**

CLASIFICACION DE DENIS
LOCALIZACION

CON O SIN COMPROMISO NEUROLOGICO

TABLA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INESTABILIDAD TORACOLUMBAR WHITE Y PANJABI

ELEMENTOS	VALOR
Destrucción elementos ant..	2
Destrucción elementos post.	2
Translación lat. > 2.5 mm	2
Rot. Plano sagital > 5º	2
Daño medular o cola de caballo	2
Disrrupción costovertebral	1
Previsión de peligro a la carga	2

Total de 5 o más = INESTABLE

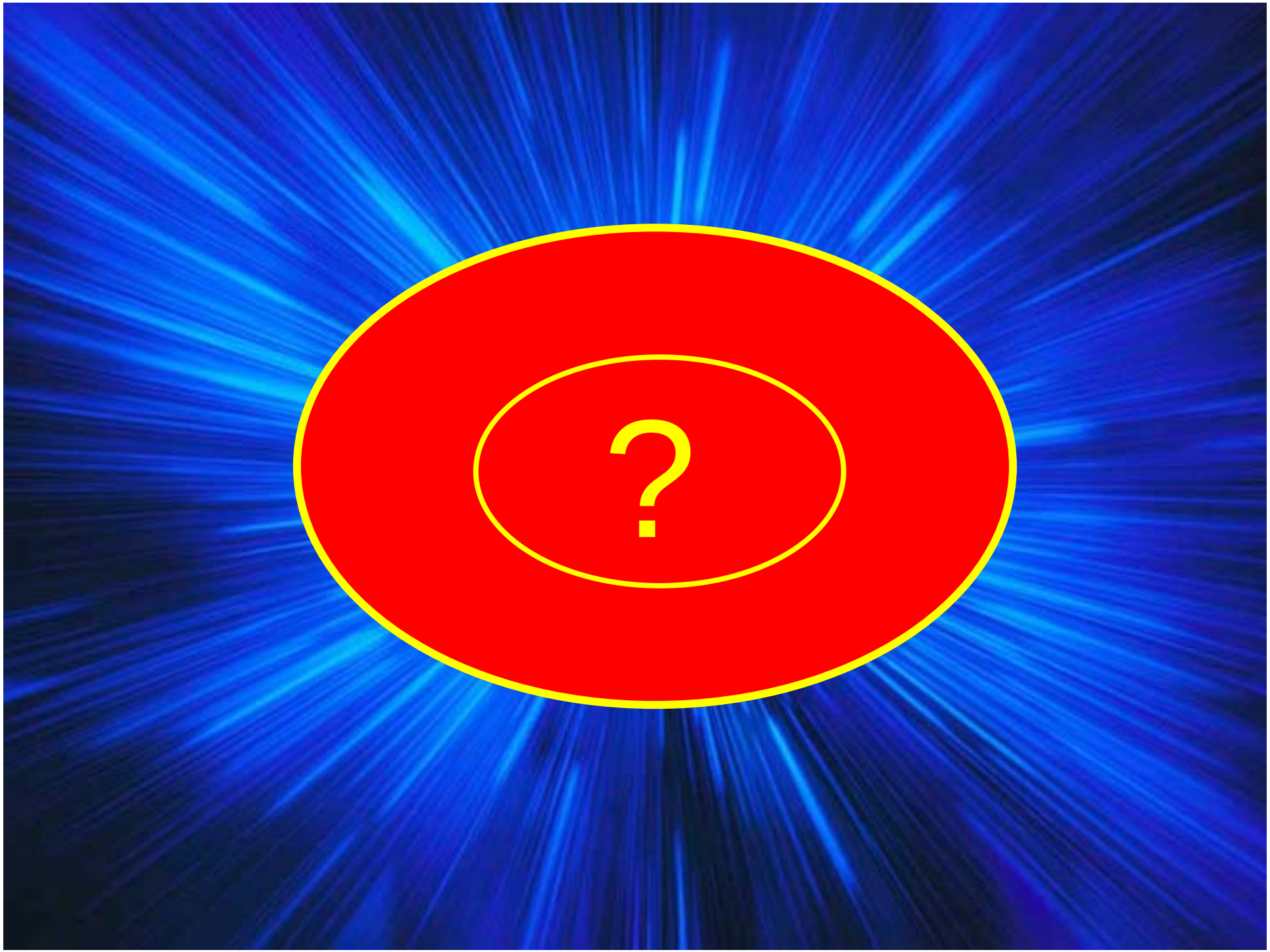
ESCALA DE ASIA: (FRANKEL MODIFICADA)

Grado A	-Lesión completa de la función motora y sensitiva por debajo de la lesión.
Grado B	-Lesión incompleta. Ausencia de la función motora pero tiene sensibilidad por debajo del nivel neurológico.
	-Tipos: 1.- Sensibilidad superficial tactil conservada.
	2.- Además conserva la térmico dolorosa.
Grado C	-Lesión incompleta. Tiene sensibilidad.
	-Tiene motilidad, músculos con fuerza menor de 3 (Test de Daniel) por debajo del nivel neurológico.
Grado D	- Lesión incompleta. Tiene sensibilidad.
	-Tiene motilidad, músculos con fuerza igual o mayor que 3 (Test de Daniel) .
Grado E	-Función motora y sensitiva normal.

INESTABILDAD CLINICA
CONCEPTO

Es la pérdida de la capacidad de la columna; expuesta a cargas fisiológicas a mantener una relación intervertebral que impida el subsecuente daño del cordón o las raíces medulares y que adicionalmente permita el desarrollo de una deformidad incapacitante o se produzca dolor por cambios estructurales.

DESCOMPRESION E INSTRUMENTACION ESPINALES



¿QUÉ MEJORIA SE OBTIENE?

EN LAS LESIONES TORACOLUMBARES ENTRE UN 20 Y UN 33 % DE LOS CASOS REPORTAN BENEFICIOS NEUROLOGICOS AL MENOS EN UN GRADO DE FRANKEL

¿QUIÉN DEBE OPERAR?

UN EQUIPO DE QUIRURGICO CON REAL EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA CIRUGIA ESPINAL

¿CUÁNDO OPERAR?

LO ANTES POSIBLE; CUANDO LAS CONDICIONES DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO QUIRURGICO SEAN OPTIMAS.

¿DÓNDE OPERAR?

EN UN CENTRO CON LAS CONDICIONES REQUERIDAS PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA

¿QUÉ ABORDAJE EMPLEAR?

ANTERIOR:

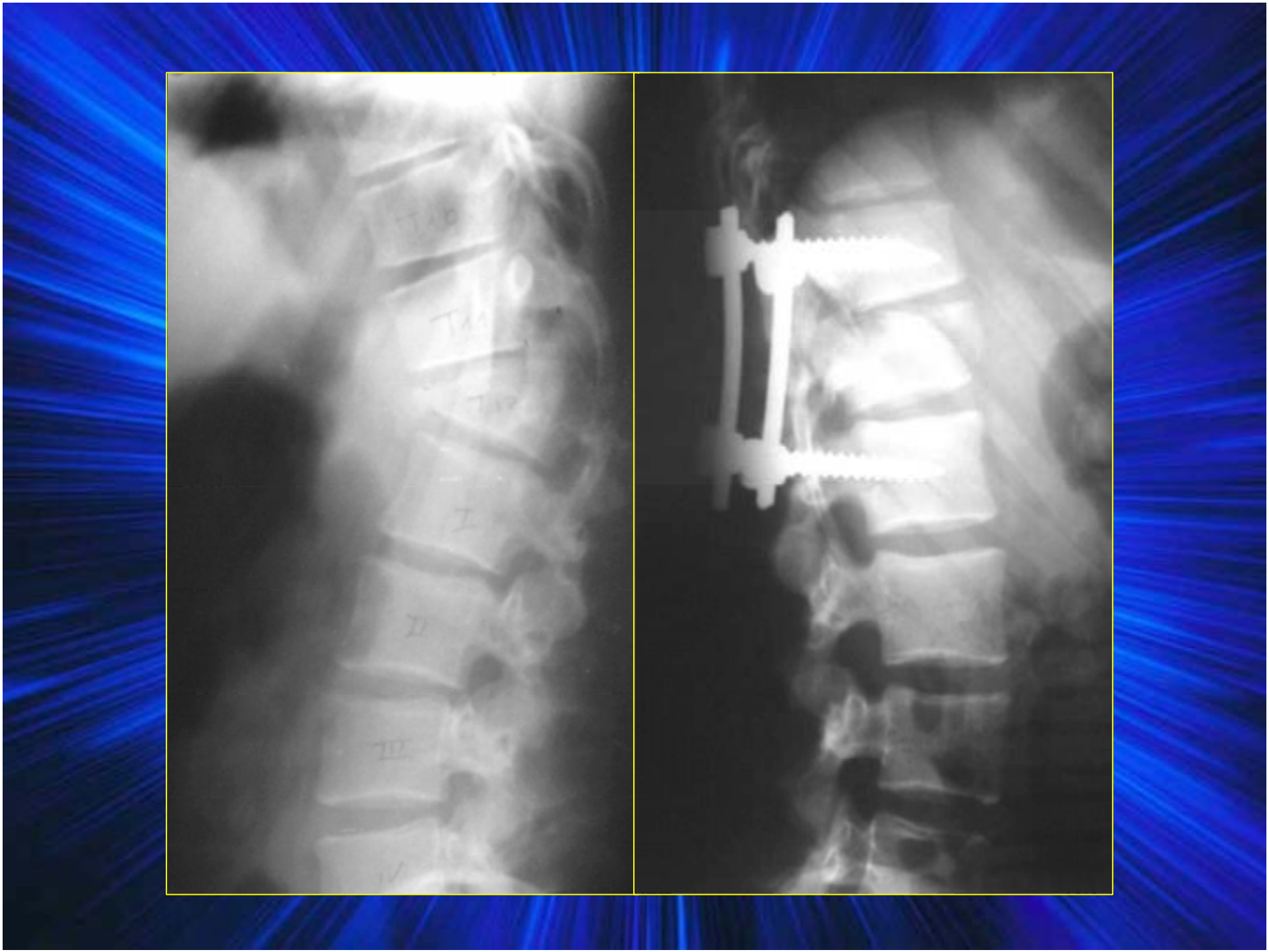
EN LOS CASOS CON PREDOMINIO DE LAS LESIONES DEL CUERPO VERTEBRAL (FRACT. POR COMPRESION “A”)

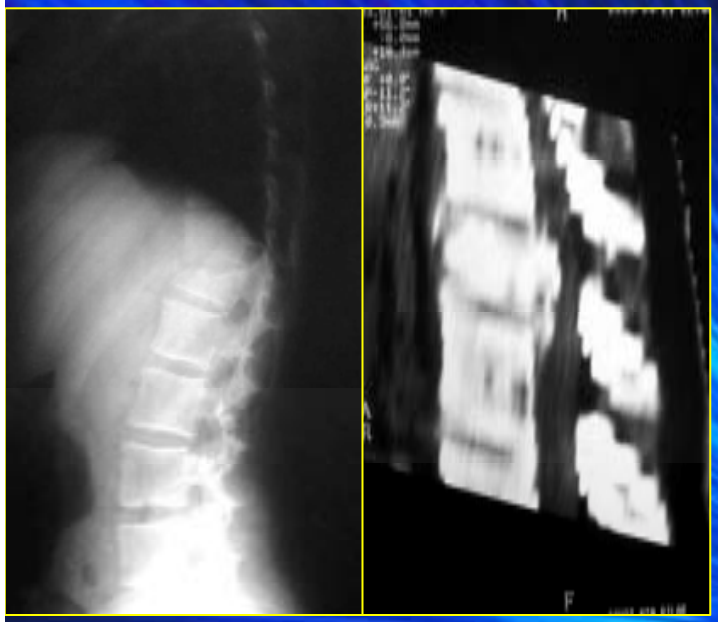
POSTERIOR:

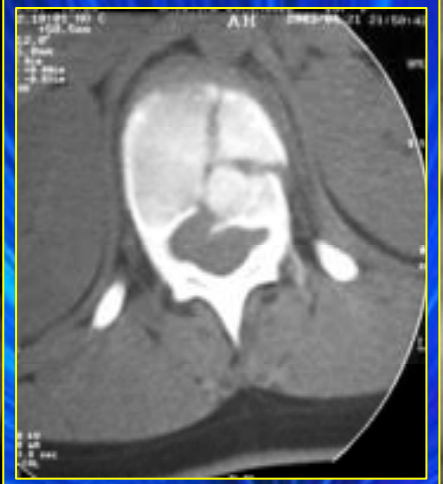
EN AQUELLOS QUE PRIMEN LAS LESIONES DE LOS ELEMENTOS VERTEBRALES POSTERIORES (FRACT. POR TENSION “B”)

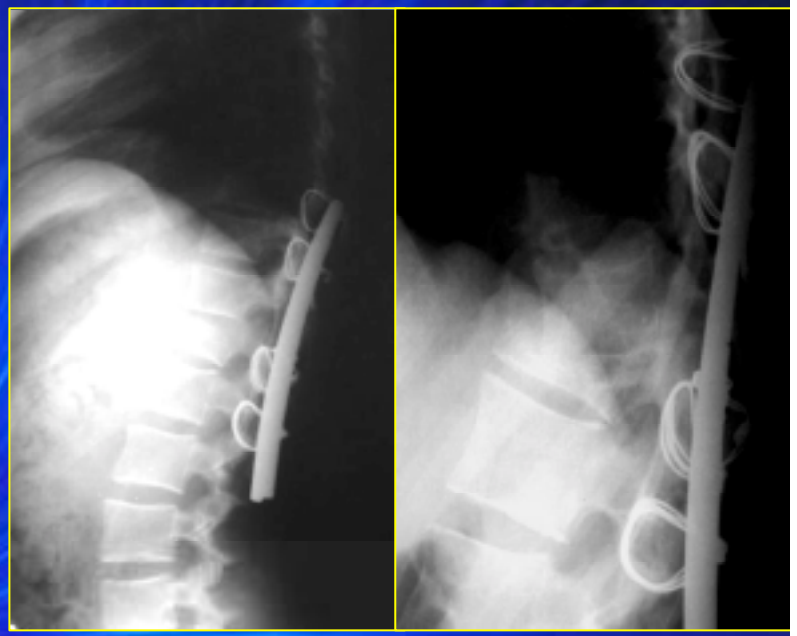
COMBINADA:

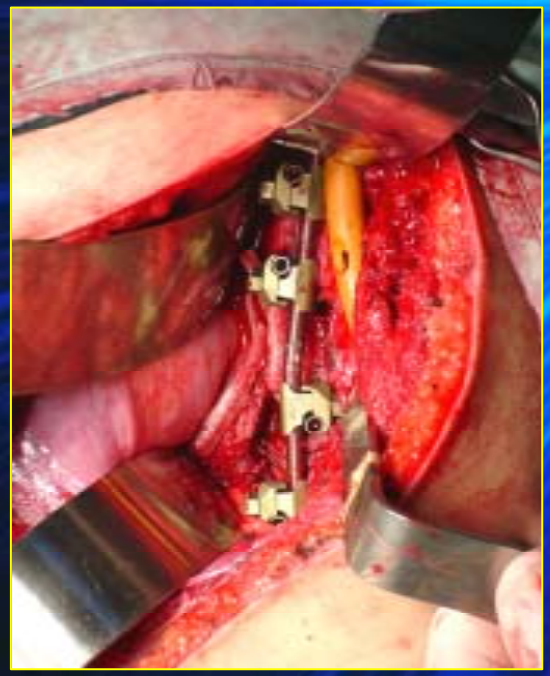
HABITUALMENTE EN LAS LESIONES COMPLEJAS (FRACT. POR TORSION “C”)

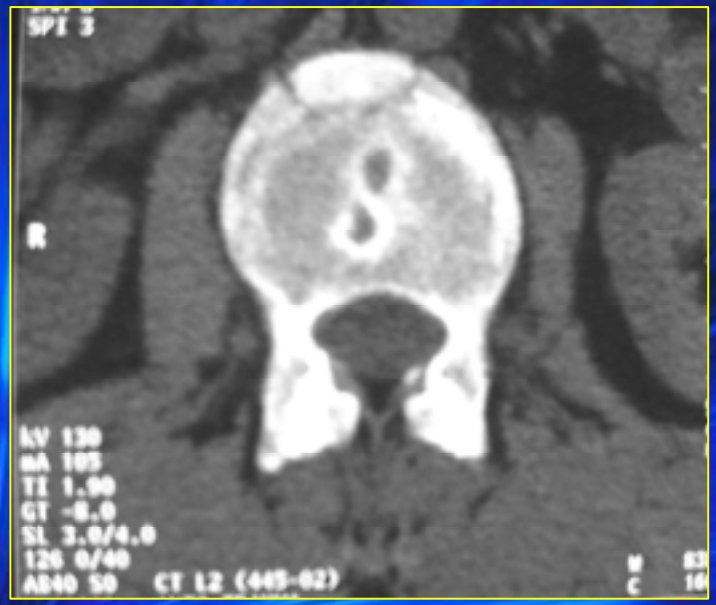


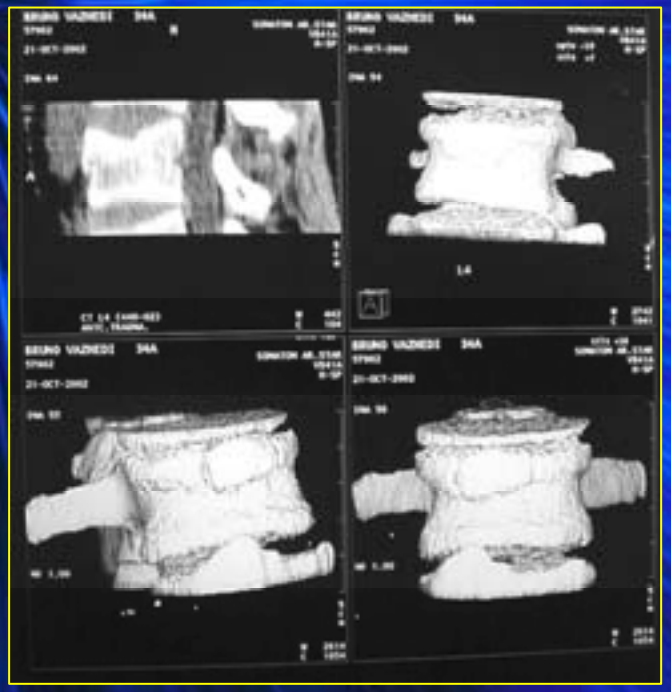


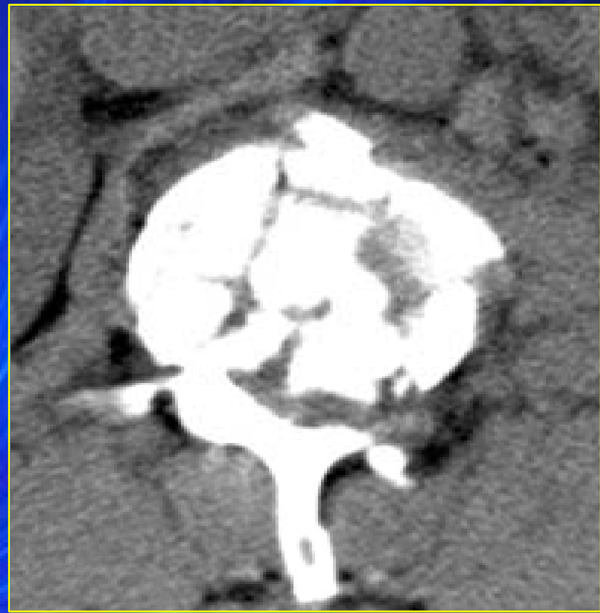

AH



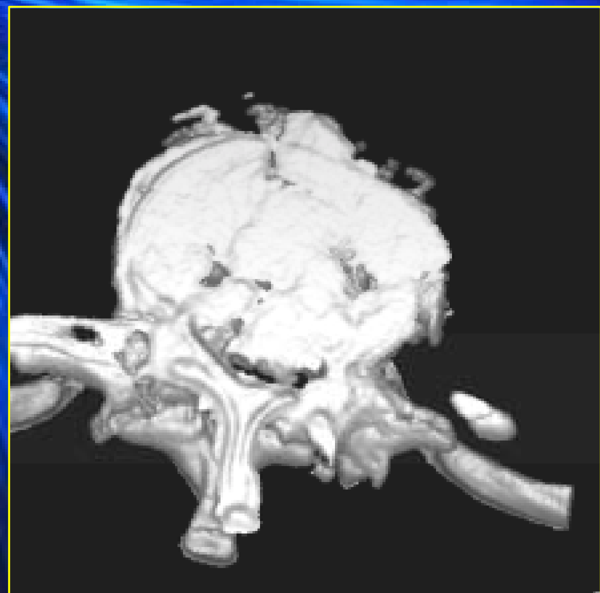


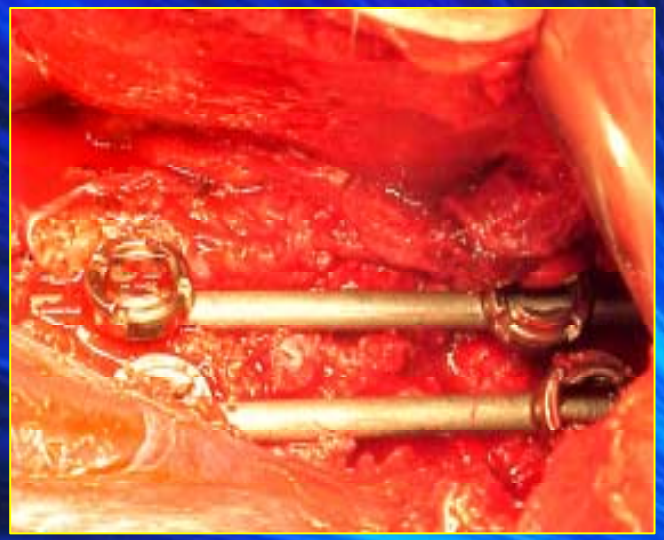

SPI 3
R
kV 130
mA 105
TI 1.90
GT -8.0
SL 3.0/4.0
126 0/40
AB40 50
CT L2 (445-02)

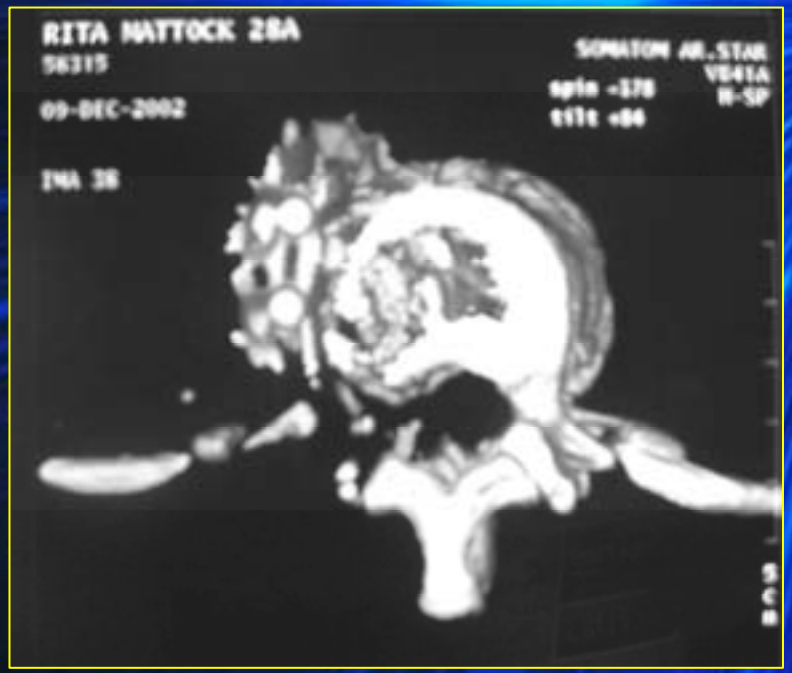




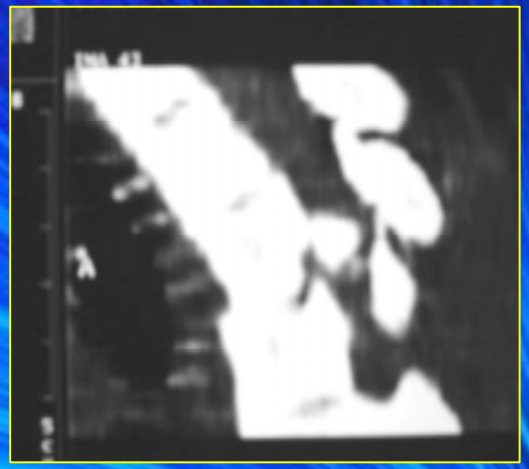
FRAGMENTO
OSEO

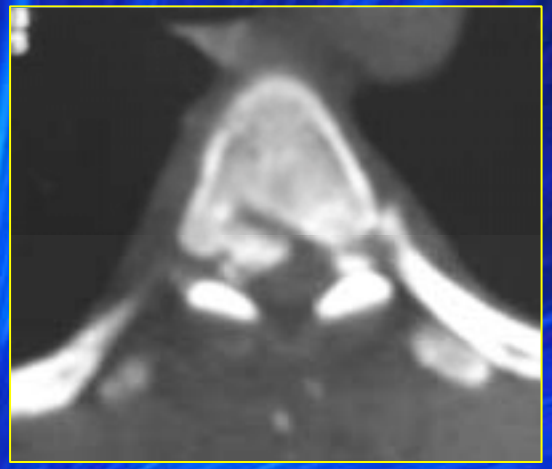




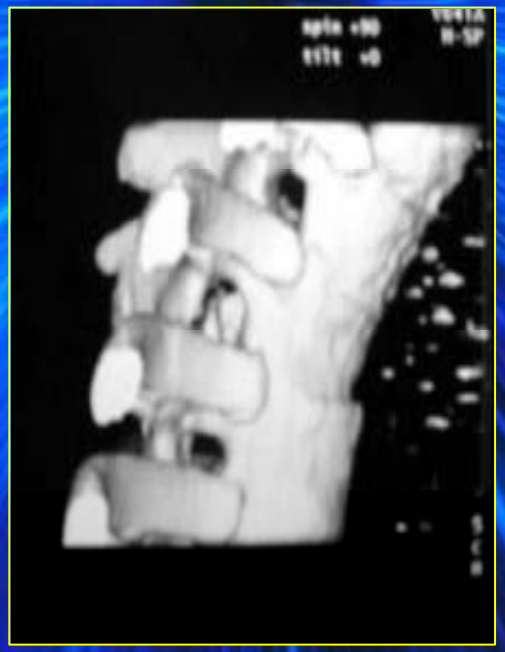

RITA NATTOCK 28A
56315
09-DEC-2002
IMA 38
SOMATOM AR.STAR
VB41A
spin -178
tilt +84
H-SP
S
C
H

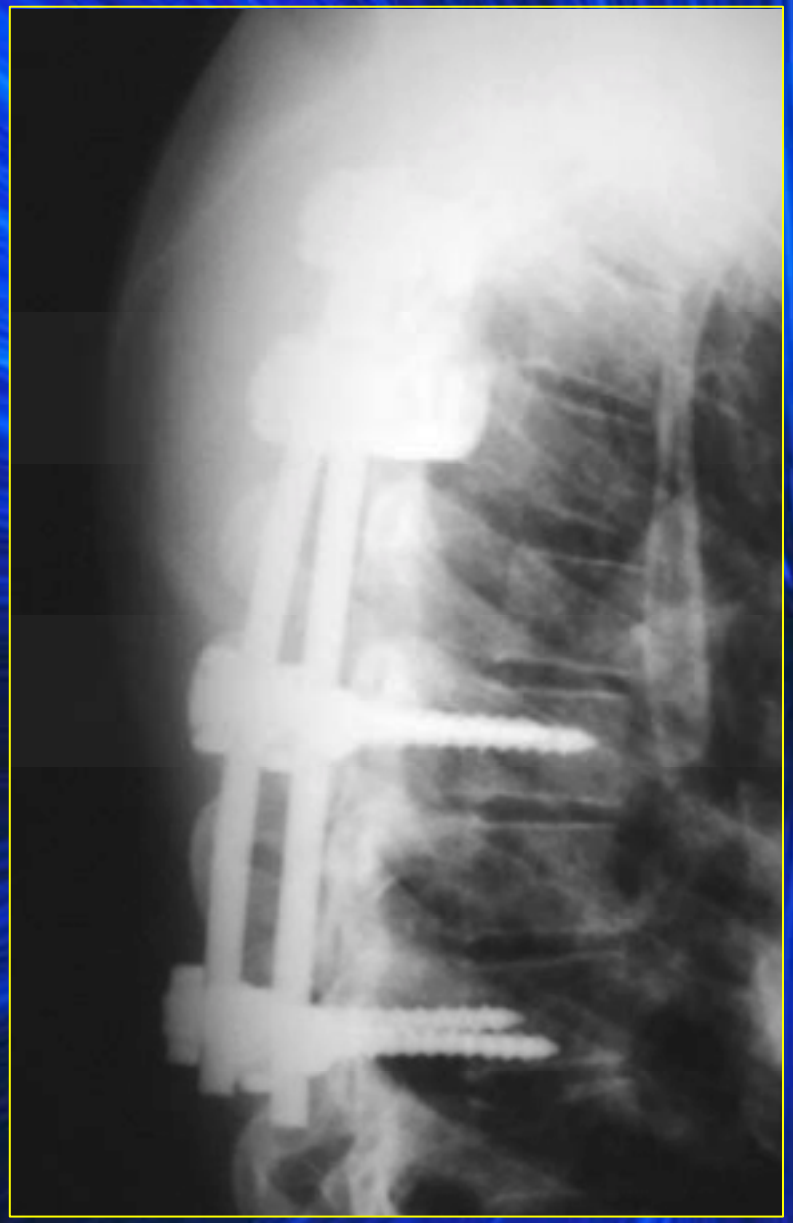
IMA 35
A

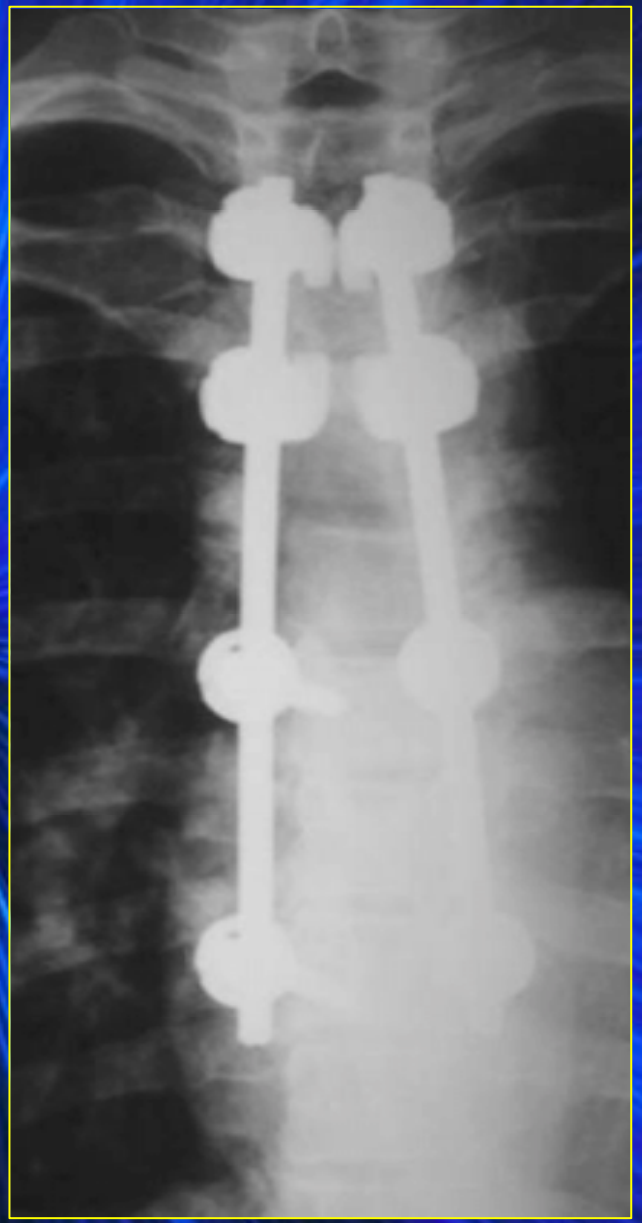




CT 04-05.(03-377-78)
ANTC.TRAUMA







¿CUÁNDO INICIAR LA REHABILITACION?

VISTO INTEGRALMENTE DEBE INICIARSE DESDE SU LLEGADA AL CENTRO HOSPITALARIO CON LA APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS GENERALES Y EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE

JUSTAMENTE DEBE OBTENERSE UNA INSTRUMENTACION LO SUFICIENTEMENTE FIRME COMO PARA PERMITIR LA MOVILIZACION INMEDIATA SIN LA NECESIDAD DE ORTESIS LO CUAL ES UNA PREMISA INELUDIBLE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL LESIONADO RAQUIMEDULAR

MUCHAS GRACIAS