

Fractura desconocida de la columna vertebral

por el Dr. Diego Camas

Profesor Agregado de la Facultad de Medicina.
Asistente de Clínica Quirúrgica.

(Trabajo presentado a la Sociedad de Cirujía de Montevideo
el 9 de Mayo de 1929.)

Estamos ya lejos del tiempo en que era clásico admitir que toda fractura de la columna vertebral tenía como antecedente un traumatismo respetable y estamos también lejos de la época en que se describía toda una sintomatología ruidosa a base de dolor, deformación y trastornos nerviosos siempre visibles.

El mejor estudio clínico de los enfermos y, sobre todo, el perfeccionamiento de la técnica radiológica han demostrado que muy pequeños traumatismos son capaces de fracturar una columna en sujetos con un aparato óseo completamente normal y que esa misma fractura puede no dar lugar a ningún síntoma propio de ella hasta meses o años después: en nuestro caso este espacio de tiempo (frei intervall) de los autores alemanes ha sido particularmente dilatado.

El estudio de estas fracturas desconocidas tienen algo más que un interés científico y es que bien tratadas desde un primer momento puedan evitar trastornos tardíos que justifiquen luego una terapéutica activa y sería.

No hemos de hacer un estudio detallado sobre el asunto puesto que ya está muy difundido, diremos que es seguramente a Kümmel en 1891 que hay que remontarse. Kümmel estudió en ese entonces una enfermedad que lleva su nombre y que se llamó espondilitis traumática constituida por un trastorno de nutrición de los cuerpos vertebrales y consecuente, mente su atrofia y aplastamiento. Verneuil en 1892 describió las mismas lesiones pero atribuyéndoles un origen traumático, serían fracturas desconocidas en un primer momento; esas vértebras fracturadas son asiento más tarde de fenómenos de decalcificación como pasa en algunos huesos del carpo.

Hoy en día se han estudiado mucho estos casos de enfermedad de Kümmel o como se le llama en la actualidad "enfermedad post-traumática

de la columna vertebral" y se ha llegado a la conclusión de que casi todos los casos son fracturas que han pasado desapercibidas.

H. Iselin estudia en "Schweizerische medizinische Wochenschrift", de Junio de 1918, cuatrocientos ochenta casos de traumatismo vertebral, en 11 casos se había hecho diagnóstico de enfermedad de Kümmel y bien el análisis cuidadoso de esos once casos demuestra que no eran más que fracturas del raquis.

Kirmisson y Grisel en Francia son de esa opinión.

J. y A. Boeckel tienen un trabajo clásico sobre fracturas desconocidas de la columna cervical.

André Leri ha estudiado muy bien casos de fractura del raquis sin signos medulares. Es admitido, pues, hoy que la inmensa mayoría de los casos de la llamada espondilitis traumática, nombre impropio porque parecería indicar proceso inflamatorio, no son más que fracturas desconocidas del raquis.

Abdón Vivas estudia en una tesis de París de 1925 treinta y un casos de estas fracturas.

La observación que vamos a presentar tiene dos particularidades interesantes:

1.º) La ausencia absoluta de todo síntoma que pueda hacer pensar en una fractura cuando se produjo.

2.º) El espacio transcurrido entre el traumatismo y los trastornos vertebrales ha sido de 22 años.

Para despistar desde un primer momento estas fracturas habría que recurrir, desde luego, a un buen examen clínico y sobre todo radiológico sin creer que una pequeña fisura de un cuerpo vertebral no pueda escapar a la mejor placa y al mejor examen de esa placa, pero es interesante hacer el diagnóstico desde un principio para instituir un tratamiento adecuado.

Como medida preventiva y antes del resultado radiográfico el enfermo beneficiará del decúbito y, a veces la extensión continua si el diagnóstico fuera muy probable. Habrá que diferenciar en un primer momento de la simple contusión, de la luxación de la columna, de la fractura de apófisis trasversas o de las apófisis espinosas. Pero el diagnóstico que más nos va a ocupar es el tardío, cuando ni siquiera se ha sospechado la fractura en el momento del traumatismo. Una de las afecciones que automáticamente viene al espíritu es el mal de Pott, fué el primer diagnóstico clínico en nuestro enfermo, dado el dolor, la gibosidad y hasta la rigidez que puede existir. El traumatismo anterior no nos debe hacer descartar el mal de Pott. Pero la placa nos mostrará en el antiguo fracturado una interlínea perfecta, como en nuestro caso, y no el "flou" caracte-

ristico de los bordes óseos en una osteo-artritis bacilar. La ausencia de absceso o paraplegia tiene menos valor.

Las espondilitis infecciosas perdonando el pleonazgo, evolucionan por empuje y tiene proliferaciones óseas en forma de "pico de loro" muy típicas.

La espondilitis rizomélica es una soldadura en masa de la columna.

La espondilitis sífilítica es de un diagnóstico clínico y radiológico difícil, asienta en general en la columna cervical y trae rectitud del raquis sin verdadera deformación.

Las distintas formas de reumatismo vertebral deforman las vértebras en forma muy diferente a la antigua fractura, se forman osteofitos a nivel de los agujeros de conjugación.

El diagnóstico con la enfermedad de Kümmel-Verneuil es para algunos, imposible, ya que como dijimos esta enfermedad está constituida por un trastorno en la nutrición de los cuerpos vertebrales causados por una antigua fractura, en general, es el achatamiento en forma de cuña a base posterior de una vértebra dorsal o lumbar con integridad de los discos intervertebrales, tal como lo presenta nuestro caso.

Por último habrá que hacer diagnóstico con una afección caracterizada por una deformación en cuña de los cuerpos vertebrales descubierta a consecuencia de un traumatismo y que Mouchet mostró un caso muy típico en la Sociedad de Cirugía de París en 1927, es la atrofia congénita de la columna vertebral, en esta enfermedad el trauma será poco importante, no hay dolores, y sí malformaciones como: Hipospadias, malformaciones sacras, etc.

Qué hacer en estos enfermos? En un primer momento reposo e inmovilización hasta la organización definitiva del callo óseo, seguramente los trastornos tardíos son debidos a la acción de la gravedad sobre un callo todavía deformable.

La conducta frente a la deformación ya constituida será la confección de un corset no siempre bien tolerado por un enfermo que lleve una vida activa, si los trastornos son muy intensos, un injerto de ALBEE constituiría un tutor posterior que hará menos intensa la presión sobre los cuerpos vertebrales.

HISTORIA CLINICA

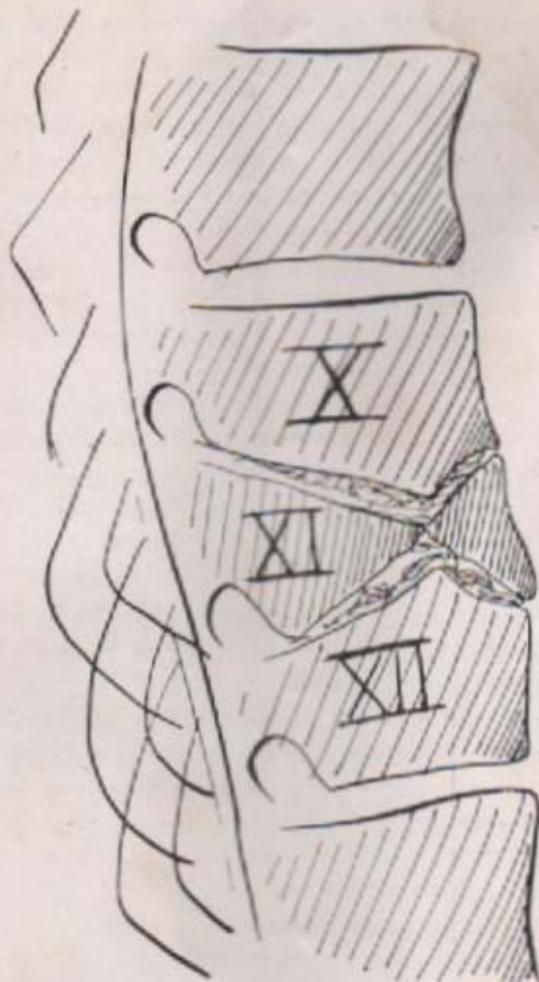
J. T., 54 años, español, casado, enfermero.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión a los cinco años, tifoidea a los 18 años. — Niega venéreas. — Grippe, varias veces. — Hace 9 años laparatomía exploratriz por supuesta úlcera de estómago. — Hace 3 años,

iritis en el ojo derecho, que se trató con inyecciones de cianuro de mercurio. — Su reacción de Wassermann fué siempre negativa.

Enfermedad actual. — El 11 de Julio de 1928, haciendo un esfuerzo para introducir una manga de goma en una canilla siente un intenso dolor en la región dorsal que lo obliga a acostarse toda la tarde. Al día siguiente



te examino al enfermo habiendo disminuido el dolor, pero se nota una deformación en la columna dorsal caracterizada por una saliencia de las apófisis espinosas correspondientes a la D. nueve y D. diez. No hay escoliosis no hay trastornos, motores ni sensitivos, no hay trastornos esfinterianos; el resto del organismo normal. Fuimos llevados automáticamente al diagnóstico de mal de Pott probable por los dos síntomas: dolor y cifosis. Ordenamos hacer radiografías de columna dorsal de frente y perfil.

He aquí el comentario que sugiere la radiografía que debemos a la amabilidad del Dr. Barcia.

La radiografía de frente, no es muy demostrativa; los cuerpos de las vértebras dorsales décima, once y doce, están borrosos, no se percibe la interlínea articular.

En cambio, la radiografía de perfil muestra una cifosis a nivel de las últimas vértebras dorsales y lesiones en el cuerpo de la once dorsal. Esta última vértebra está aplastada y formada por dos cuñas unidas por su vértice, vértebra en "diavolo", la cuña anterior más pequeña que la posterior. Los bordes anteriores de los cuerpos de las vértebras supra y subyacente encajan en la entrante de la vértebra enferma. Conservación de las interlíneas articulares. (Ver esquema).

Buscando entonces en los antecedentes algún traumatismo que explicara su lesión raquídea, nos cuenta: que el 24 de Junio de 1906 estando trepado a un árbol cae de una altura de ocho metros, en su caída pega en una rama que haciendo de resorte lo despide a unos siete metros, cayó parado sufriendo un fuerte golpe en los talones. No perdió el conocimiento, fué llevado a su casa; estuvo en cama una semana, la marcha lo molestaba causándole un dolor intenso en los talones. A la semana reinició su vida normal, no sintiendo trastorno alguno. Dos o tres meses después, se hizo una radioscopía del ráquis en una ciudad de Galicia y le dijeron que no había nada anormal.

No sintió jamás molestia alguna hasta el episodio agudo del 11 de Julio de 1928, es decir, 22 años después del traumatismo.

Hizo un mes de reposo en cama, se le aconsejó un corset que no puede tolerar durante el trabajo y que sólo usa fuera de las horas de labor. Siente algún dolor en la columna de vez en cuando al hacer ciertos esfuerzos que tienden a comprimir los cuerpos vertebrales.

Me pregunto si en el futuro y si siguen los trastornos, no beneficiaría de un injerto de ALBEE.