

DISCUSION:

LOS TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

Los grandes síntomas clínicos

Dr. Domingo Vázquez Rolfi.

La sintomatología clínica de los traumatismos raquimedulares es en general sumamente rica y tan elocuente en sus manifestaciones, que su debida interpretación es capaz de hacernos sospechar inmediatamente la existencia de una lesión del continente óseo raquídeo, así como de la repercusión de éste sobre su contenido meníngeo - medular.

No es mi propósito describir, analizar y comentar sus numerosos síntomas, porque serán más extensamente estudiados por los restantes relatores que tratarán los distintos capítulos del tema.

No obstante lo que acabo de decir, en muchas oportunidades los traumatismos raquimedulares se presentan en clínica con una sintomatología tanto objetiva como subjetivamente pobre, numéricamente escasa, de caracteres tan borrosos y deformados que contrastando con la rica sintomatología en general presente, alejan de la mente del médico tratante la idea de un traumatismo raquimedular, apartándolo, por consiguiente, de la realidad, lo que en último término logrará que la lesión vertebral pase inadvertida, con todas las consecuencias que ello pueda aparejar.

En otras ocasiones, a esta deformación de las manifestaciones clínicas, acompaña la presencia de síntomas localizados en otros segmentos o regiones del cuerpo, y la riqueza de éstos dirigirá la búsqueda del diagnóstico en esa dirección, pasando inadvertido lo atingente a la columna vertebral, con la consiguiente ignorancia del verdadero diagnóstico.

Es sobre estas manifestaciones supuestamente ajenas y alejadas del foco vertebral, que deseo insistir, para hacer destacar una vez más la noción de que ante esos cuadros aberrantes o aparentemente anormales, debe tenerse siempre presente el recuerdo de su probable relación con un traumatismo raquimedular, para poder orientarse así en el rumbo del verdadero diagnóstico.

Antes de entrar al estudio de los síndromes clínicos, deseo insistir en algunas nociones importantes a recordar al considerar un probable traumatismo raquimedular.

En primer término, es necesario destacar en forma nítida la

importancia, a veces decisiva, que tiene para el diagnóstico de la lesión, el conocimiento de la existencia del antecedente traumático. El estudio minucioso de éste y de sus características, tales como intensidad, dirección, sentido de su acción, posición del cuerpo y de la columna en el momento del impacto, movimiento que éste provocó en la columna vertebral, etc., es capaz de despertar en nuestra mente la idea de un traumatismo raquimedular, lo que orientará la búsqueda semiológica en ese sentido, permitiendo hallar los síntomas que lo revelen.

Respecto de la intensidad del traumatismo, es necesario recordar que no existe siempre una estrecha relación entre la violencia del trauma y el volumen de los desgastes óseos. A intensos traumatismos pueden corresponder lesiones óseas de escasa magnitud, pero más importante aún es hacer destacar la posibilidad de encontrar lesiones óseas raquídeas serias provocadas por traumatismos de escasa o insignificante intensidad, y a tal efecto recordaremos las fracturas de columna que siguen a traumatismos aparentemente banales, tales como el que se experimenta al caer o resbalar de una silla, el del barquinazo del automóvil al pasar un bache del camino, un movimiento brusco de flexión de columna al esquivar un golpe, etc.

El síntoma subjetivo más importante, el dolor, no se manifiesta siempre con la misma tonalidad, y si bien en muchas ocasiones es de tal violencia como para inmovilizar al paciente en una actitud defensiva, en muchas otras es de tan leve magnitud que no impide que quien acaba de experimentar una fractura de columna, pueda levantarse de su caída, reanudar su camino e incluso volver a sus actividades. Tan escasa ha sido la manifestación del dolor, que la fractura pasó inadvertida, y no pensemos que estos casos son raros, sino todo lo contrario. La historia de la enfermedad de Kümell Verneuill se escribe sobre estas fracturas de columna que precisamente por su escasa sintomatología subjetiva han sido ignoradas, con el agregado que debemos recordar, que en todos esos casos la noción del traumatismo era evidente y debió, por sí sola, haber hecho sospechar y buscar la fractura que quedó desconocida.

La manera de presentarse los signos clínicos de un traumatismo raquimedular; su agrupamiento en el sentido de un determinado segmento del organismo, o la preponderancia de algunas manifestaciones clínicas, determinan la aparición de 4 grandes síndromes clínicos expresión de un traumatismo raquimedular.

Ellos son:

- 1º) *Síndrome vertebral o raquídeo;*
- 2º) *Síndrome torácico anterior;*
- 3º) *Síndrome abdominal;*
- 4º) *Síndrome neurológico.*

Estos síndromes pueden presentarse en forma pura o combinados entre sí. En la forma *pura*, determinan la existencia de un

cuadro clínico bastante bien delimitado y bien ostensible en sus manifestaciones, configurando uno de los síndromes que acabamos de enumerar. En la forma *combinada*, a un síndrome raquídeo puede asociarse uno o más de los restantes, para dar un cuadro clínico de menor intensidad en un determinado sentido, pero de mayor extensión al abarcar varios segmentos corporales.

Los en que varios síndromes clínicos aparecen combinados, tienen síntomas de tal magnitud y jerarquía que el diagnóstico se impone fácilmente sin posibilidades de error. En cambio, en los síndromes puros sus ruidosas manifestaciones en un determinado sector, hacen posible el error diagnóstico, y es en ellos en los que debemos procurar encontrar la verdadera clave del síndrome, que es un traumatismo raquimedular que puede pasar inadvertido.

El *síndrome vertebral o raquídeo* y el *síndrome neurológico*, no serán comentados en este trabajo, porque otros relatores se referirán a ellos in extenso, por lo que me concretaré únicamente a los dos restantes.

Síndrome torácico anterior o síndrome esternal.

Mi maestro Navarro ha sido el primero entre nosotros en describir este síndrome o, más bien dicho, las relaciones estrechas existentes siempre entre una lesión ostensible del esternón y una fractura de columna inexpressiva desde el punto de vista clínico.

En su magnífico trabajo sobre Raquis y Tórax, publicado en 1935 en Anales del Instituto de Clínica Quirúrgica y Cirugía Experimental, realiza Navarro un exhaustivo estudio de la patología vertebral y torácica, que nos permite comprender claramente la coexistencia de las lesiones esternales y vertebrales.

A pesar de la publicación mencionada y del hecho de haber sido ya comentada por el Dr. Bado en su trabajo Fracturas Recientes del Raquis, en 1940, no puedo resistirme a la tentación de hacer un ligero comentario de esas nociones, en homenaje y como reconocimiento a mi querido maestro.

Según Navarro, del estudio del esqueleto y la musculatura del tórax, surge la existencia de tres zonas distintas, que denomina *tórax superior*, *tórax intermedio* y *tórax inferior*.

El *tórax superior* está formado por un *pilar posterior*, constituido por las dos o tres primeras vértebras dorsales, que por su constitución y morfología se asemejan a las vértebras cervicales y se asocian con ellas a los movimientos del raquis cervical y de la cabeza. Tiene, además, un *pilar anterior*, externo - costo - clavicular, formado por el manubrio del esternón, las dos primeras articulaciones condro - esternales y la extremidad esternal de la clavícula. Ambos pilares están unidos por un arco intermediario constituido por las dos primeras costillas. Este tórax superior es solidario del raquis cervical, estrechamente ligado a éste y a la cabeza por poderosos músculos que del tórax se extienden a la columna cervical y al cráneo, teniendo además una importante función respiratoria.

El *tórax intermedio* tiene, como el segmento anterior, un *pilar anterior* y un *pilar posterior*, unidos por un arco intermediario. El pilar anterior está constituido por una sola pieza ósea, que es el cuerpo del esternón; el pilar posterior está formado por las vértebras dorsales de 4ª a 10ª inclusive; y el arco intermediario constituido por las costillas de 3ª a 10ª inclusive. Es un tórax esencialmente respiratorio.

El *tórax inferior*, verdadera zona intermediaria entre el tórax y el raquis lumbar, está formado únicamente por un pilar posterior que comprende las dos últimas dorsales; y un arco intermediario formado por las últimas costillas, faltando por completo el pilar anterior. Es un segmento solidario de las dos primeras vértebras lumbares y por lo tanto de movilidad del tronco, al constituir la charnela dorso - lumbar.

Podemos considerar, por lo tanto, que el eje óseo raquídeo que forma un pilar posterior, único en su segmento dorsal, tiene frente a sí, como un tutor solidario, la columna esternal, que formaría el pilar anterior, estando ambos segmentos ligados entre sí por las costillas que solidarizan física y mecánicamente un pilar al otro, y en virtud de esta unión, el desequilibrio mecánico originado por la violencia traumática, incide en ambos segmentos, provocando desgastes variados en extensión e intensidad, pero siempre en estrecho paralelismo.

Un traumatismo que provoca una violenta flexión de la columna vertebral, incide primero sobre el pilar anterior del segmento torácico y lo afecta sea en el segmento superior (manubrio), en su unión con el cuerpo o aún por debajo, provocando un esguince, una luxación del manubrio con el cuerpo o una fractura a ese nivel. Si la violencia persiste cederá entonces el pilar posterior, sea en su anillo superior, medio o inferior. A una lesión del manubrio puede corresponder una lesión dorsal media o baja, o aún a nivel de las primeras vértebras lumbares. Esta incidencia puede manifestarse con distinta elocuencia en cada uno de los pilares, predominando por lo tanto la sintomatología que de ellos resulte.

El mérito de Navarro ha sido el de interpretar esta solidaridad traumática del raquis con el esternón, y fundamentar la noción clínica de que si bien la lesión esternal puede ser a veces única o aislada — como en los traumatismos directos — en la mayoría de los casos existe concomitantemente una lesión raquídea que es necesario buscar y que seguramente la clínica y la radiografía precisarán con nitidez.

Ante una lesión esternal es deber ineludible del médico asegurarse por un correcto exámen, el estado de la columna vertebral. Esta noción es tanto más importante cuanto que la sintomatología es puramente torácica y hacia ella es atraído el clínico, quien centra allí su atención con tanta más facilidad cuanto que existe un absoluto silencio a nivel del sistema vertebral.

El síndrome torácico está caracterizado por un dolor esternal **mas** o menos violento, localizado en la unión del manubrio con el **cuerpo** o en su vecindad, por encima o por debajo, dolor de asiento **transversal** la mayoría de las veces; a veces lateral para-mediano, **pudiendo** afectar las articulaciones contro-esternales de uno o de ambos lados; dolor espontáneo, a veces violento, exacerbado por los movimientos respiratorios o por las tentativas de movilizar al paciente. La palpación descubre ese dolor y su localización, notando a veces una discreta infiltración hemática y aun deformación de la región esternal en los casos de fractura con desplazamiento o de luxación del manubrio sobre el cuerpo, luxación en la cual en general el manubrio se luxa hacia atrás.

Otras veces, en lugar de luxación existe una fractura perfectamente constatable a nivel del ángulo de Louis o en su vecindad, pudiendo en algunos casos apreciarse la luxación de las extremidades esternales de la clavícula, a lo cual suelen agregarse lesiones condro-esternales.

Desde el punto de vista sintomatológico, lo que llama la atención son las perturbaciones funcionales torácicas, intensas o graves, tales como la disnea, angustia, sofocación y cianosis, habiéndose visto en algunos casos, especialmente de luxación del esternón, una típica máscara cianótica.

En general, este síndrome torácico, alarmante en las primeras horas, desaparece rápidamente de la escena clínica en pocos días, sin dejar ninguna perturbación respiratoria. Es intenso y aparentemente grave, pero su característica más saliente es la de hacer perder la vía del diagnóstico a quien no recuerde las nociones que tan brillantemente expusiera Navarro.

El síndrome clínico es, pues, netamente torácico; hacia él es atraída la atención del médico, que constatando además los síntomas de una luxación o de una fractura del esternón, termina su diagnóstico de lesión esternal, olvidando su elemento solidario raquídeo.

El examen clínico minucioso revelará la existencia de una fractura de columna vertebral localizada en cualquier parte de la columna dorsal, alta, mediana o baja; y al conocer la fractura, el médico impondrá el tratamiento, el reposo consiguiente, hasta la cicatrización de las lesiones, evitando que con su desconocimiento se inicie una deambulación precoz por parte del enfermo, causa de acentuación o provocación de los dolores, que podrán configurar en último término un síndrome de Kümell Verneull típico.

Síndrome abdominal.

Existe en general en todo traumatismo raquimedular, una participación abdominal más o menos evidente, puesta de manifiesto en las primeras 24 o 48 horas, por una distensión abdominal de importancia variable, llegando a veces a formar un cuadro subobstrutivo, y en algunos casos un verdadero íleo, con su cortejo sintomático de estado nauseoso, vómitos repetidos, que podrán ser bi-

liosos, acuosos o aun fecaloideos. Son, podríamos decir, contingencias corrientes de una fractura de columna. La certidumbre de ésta por su elocuencia sintomatológica, nos hará colocar el problema en sus verdaderos términos y apreciar esa manifestación abdominal como una inhibición del simpático, provocada por el complejo traumático vertebral y perivertebral.

Son los síndromes peritoneales agudos de Guillen y Barret, o los seudos vientres quirúrgicos.

En los casos de traumatismo raquímedular evidente, el conocimiento de su fisiopatología nos revelará el origen del cuadro abdominal e impondrá la terapéutica exacta: reposo para la columna y medicación sintomática para la manifestación abdominal, sea en su forma ileal o en su forma pseudoperitoneal.

En otras oportunidades, las cosas suceden de distinta manera. La manifestación raquídea prácticamente no existe o, como en general ocurre, se la desconoce, ha pasado inadvertida, no se la busca o no se ha considerado debidamente el antecedente traumático. Cualquiera sea la causa, la manifestación raquídea no cuenta y el paciente consulta por la máscara abdominal de su traumatismo raquímedular, por su íleo paralítico o por su cuadro pseudoperitoneal, cuadros alarmantes y graves que han llevado en muchas ocasiones a practicar laparotomías en busca de un íleo-mecánico o de una perforación, con resultado negativo; y lo que es más significativo aún, es que una terapéutica correcta de la fractura habría hecho desaparecer en pocas horas.

Es en estos síndromes abdominales que es necesario investigar a nivel de la columna vertebral en busca de los síntomas de un traumatismo raquímedular. Un antecedente traumático bien precisado y analizado en sus características; un examen clínico de la columna y un estudio radiográfico sobre cuya imprescindibilidad no deseo insistir, nos hacen hacer el diagnóstico de síndrome abdominal en un traumatismo raquímedular y establecer la terapéutica apropiada.

El tratamiento correcto, consistente en reposo para la columna y los numerosos medios que la terapéutica moderna pone a disposición del médico para tratar esos cuadros abdominales, hará desaparecer los síntomas alarmantes en 24 o 48 horas.

La vigilancia estrecha; el estudio y comparación de los síntomas que presenta el enfermo, nos hará hacer el diagnóstico exacto, eliminar lo peritoneal verdadero de lo pseudoperitoneal, pues podría bien suceder que un grave traumatizado hubiera sufrido conjuntamente con su fractura de la columna, una contusión abdominal capaz de lesionar una víscera hueca. En esta situación, la permanencia y progresión de la sintomatología, nos permitirá hacer el diagnóstico de cuadro peritoneal verdadero y proceder en consecuencia.