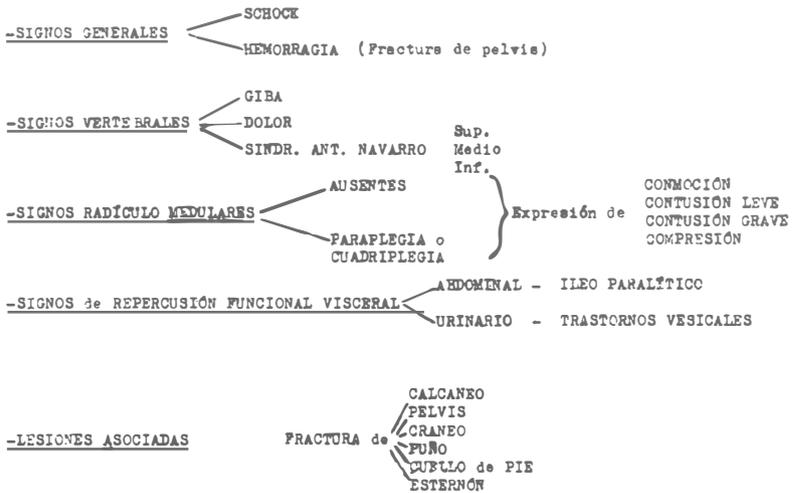


COMO DEBE SER CONDUCTIDO EL ESTUDIO SEMIOLOGICO DE UN TRAUMATIZADO RAQUIMEDULAR

Dr. Esteban Nin Vivó

El traumatizado raquimedular puede ofrecer una sintomatología tan florida, que la orientación diagnóstica surja de inmediato como corolario lógico de la simple observación clínica (ver esquema 1).

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR RECIENTE
(Imagen Completa)



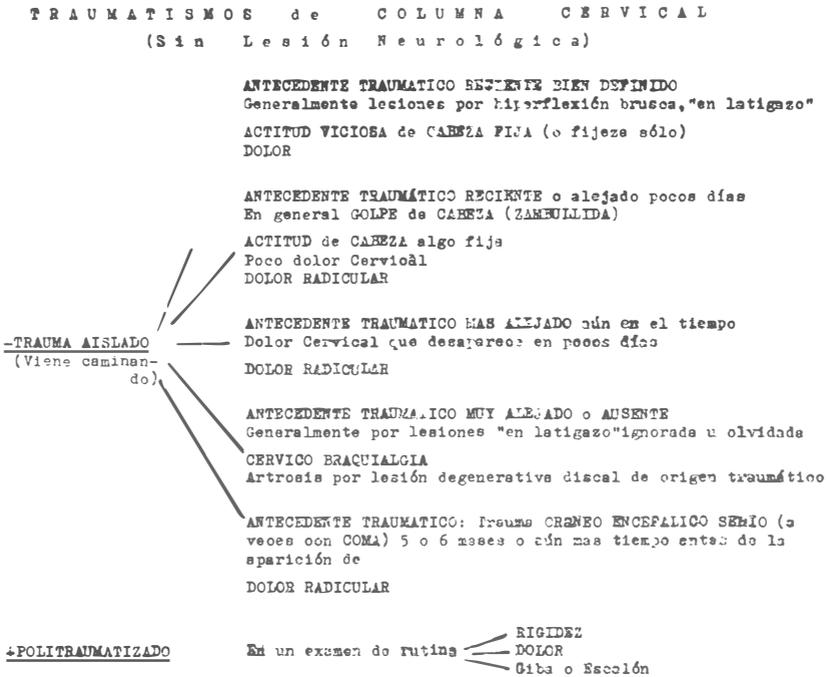
Esquema N.º 1

La conducción del examen semiológico en casos como los del esquema, sigue un ritmo determinado, cuya sucesión veremos más adelante. Pero no siempre pasa así, al lado de estos cuadros floridos, frente a los que no se dudará en dirigir la atención a la columna, hay otros con matices cada vez más difumados que presentan sólo algunos, o mismo uno sólo de los elementos del esquema completo. En general, estas situaciones están en relación con un antecedente

traumático más o menos alejado en el tiempo, y de una intensidad no siempre jerarquizada en su justo valor por el enfermo, que por su aparente falta de repercusión sobre la columna, puede en un primer momento pasar desapercibida para el paciente, y en ciertas oportunidades para el propio médico.

Creemos de interés insistir sobre la importancia de estos cuadros, imágenes parciales o incompletas del esquema total, ya que su reconocimiento puede determinar una orientación semiológica bien precisa.

Comenzaremos por el estudio de los traumatismos de columna sin lesión nerviosa, que son los que pueden presentar dificultades en su reconocimiento, ya que, el traumatizado de columna con una paraplegia o cualquier otra lesión neurológica de evidente filiación



Esquema N.º 2

radiculomedular expresará de por sí que se trata de un traumatizado raquimedular.

Para su mejor ordenación y utilizando un criterio topográfico dividiremos a los traumatismos raquimedulares sin lesión medular en

- cervicales
- dorsales
- dorsolumbares

1º) *Traumatismos cervicales.*

En suma recordar:

1º) La jerarquía de la anamnesis prolija en la búsqueda del antecedente traumático, no siempre reciente o bien definido, los únicos elementos localizadores y que puede ser junto con el dolor y la actitud de la cabeza.

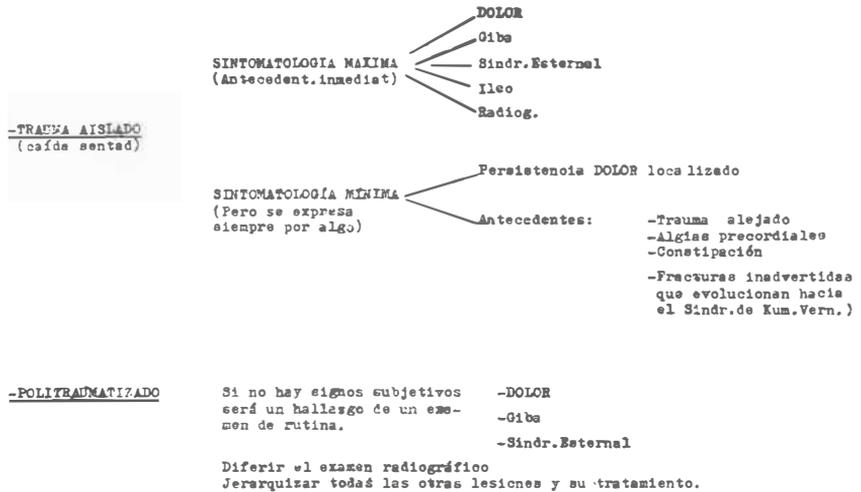
La instalación brusca de una actitud viciosa de cabeza después de un trauma, puede ser la expresión de lesiones osteoarticulares de la columna cervical.

3º) Las lesiones traumáticas cervicales por mínimas que sean, e independientemente de su mecanismo (lesiones en latigazo, por zambullida, etc.) y de la asociación con lesiones craneoencefálicas, tendrán una traducción objetiva en la cabeza:

- limitación de los movimientos
- fijeza
- actitud viciosa.

4º) Los traumatismos de cráneo pueden ser productores de

TRAUMATISMO de COLUMNA DORSAL
(Sin Lesión Neurológica)



Esquema N.º 3

lesiones en columna cervical, tanto en el sector anterior corporal como en el posterior apofisario.

De esto surge pues, la importancia de la semiología de la actitud y movilidad de la cabeza y el interés del estudio del antecedente traumático.

Radiología:

Fuera de los enfoques habituales sólo recordaremos las tomas de frente con cabeza rotada al máximo y flexión anterior. De esta forma pueden despistarse muchas lesiones de arco posterior que podrían pasar desapercibidas.

2º) *Traumatismos dorsales.*

3º) *Traumatismos dorsolumbares.*

En síntesis queremos jerarquizar algunos elementos clínicos que juzgamos de importancia, pues su correcta valoración podrán aclarar muchas situaciones :

1º) *DOLOR.*

Jerarquizando su persistencia en el tiempo, en la localización y su intensidad, puede constituir el síndrome mínimo del traumatizado raquimedular.

2º) *ANTECEDENTE TRAUMÁTICO.*

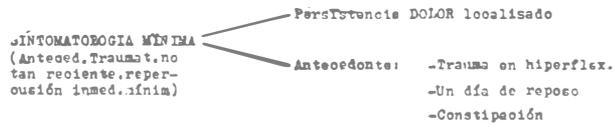
Mecanismo.

Consecuencias inmediatas.

TRAUMATISMOS de COLUMNA DORSOLUMBAR
(Sin Lesión Neurológica)



-TRAUMA AISLADO
(En hiperflex.)



-POLITRAUMATIZADO

Si no hay signos subjetivos será un hallazgo de un examen de rutina:
(Búsqueda sistemática s.t. en todo frót. de calcáneo)

- DOLOR
- Giba
- Síndr. Esternal.

Esquema \,º /

Repercusión abdominal, torácica, etc.

3º) No apresurar el examen radiológico.

Lo importante es no ignorar la lesión de columna, de eso dependerá evitar una serie de maniobras que podrían resultar agresivas en el momento actual y orientar en la evolución inmediata la conducta a seguir.

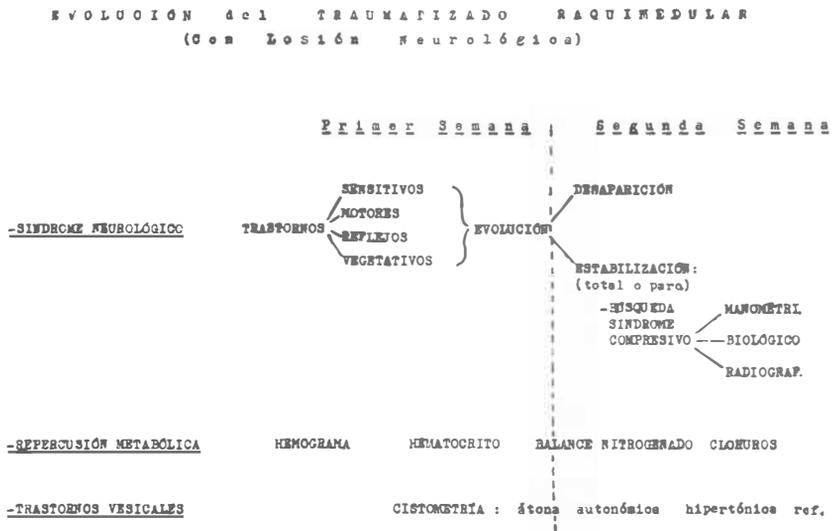
En cuanto a la radiología seguirá siempre al examen clínico con criterio de mayor o menor precocidad en su ejecución según el caso en sí, pero *nunca será una medida de urgencia.*

Es lastimoso ver cómo se hace el peregrinaje de estos enfermos a la Sala de Rayos X, pasándolos de la cama a la camisa y de allí a la mesa de Rayos X, y luego a la inversa, con el afán de obtener la certeza que podrá o no dar la radiología sobre la presunta lesión vertebral y las características de la misma.

En el Instituto de Ortopedia y Traumatología frente a una probable fractura de columna dorsal o dorsolumbar, la primera medida será el reposo en cama dura. El no aumentar la agresión es la directiva fundamental.

Recién después de las 48 horas o aún más tarde, siempre que no haya aparecido ninguna complicación abdominal (en ese caso se esperaría) se procede al traslado del paciente a la Sala de Rayos X colocándole previamente una almohada bajo la región dorsolumbar que a más de mantener al enfermo en la posición ideal, servirá para facilitar su traslado sin mayor molestia, y en caso que la radiología confirmase la sospecha clínica de fractura (sobre todo si hay un acuñaamiento) esta maniobra se constituirá en el comienzo del tratamiento correctivo (lordotización).

Hay que recordar además que frente a la posibilidad de un examen radiológico negativo, pueden existir lesiones vertebrodiscales de consideración, capaces de traducirse inmediatamente o en la evolución alejada.



Esquema N.º 5

Los traumatizados raquimedulares con síntomas neurológicos hacen de por sí el diagnóstico de lesión de columna. La presencia de la lesión neurológica es por sí sola indicación suficiente para no seguir en la búsqueda de signos de lesión vertebral. La fase diagnóstica cederá lugar a un criterio curativo y a su vez preventivo de nuevas lesiones.

La *evolución* en los días siguientes determinará nuevamente una actitud de investigación diagnóstica, que se jerarquizará frente a la persistencia de los signos de lesión neurológica. Dicha persistencia alejará la posibilidad de que se trate de simples fenómenos inhibitorios medulares de origen traumático.

Es este el momento de la búsqueda del síndrome de compresión en todas sus manifestaciones clínicas, manométricas, biológicas y radiológicas. (Ver esquemas N.º 5 y 1).