

SINDROME DE KUMMEL - VERNEUIL

Dr. Oscar Devinzenzi

El síndrome de Kummel - Verneuil, descrito por Kummel en 1891 y por Verneuil en 1892 se *caracterizaba clínicamente* por tres etapas:

- 1º *Traumatismo inicial* con signos clínicos atenuados y transitorios.
- 2º *Período libre* asintomático, de semanas a un año, y de 5 a 6 meses como término medio.
- 3º *Dolores y giba*, de aparición espontánea o a raíz de un esfuerzo.

Como substractum anatómico, el aplastamiento de un cuerpo vertebral.

Lo describieron como un síndrome frecuente, más frecuente entre los 25 y 45 años y en personas que realizaban trabajos pesados. El *trauma inicial* era *mínimo* o *violento* y en algunas oportunidades pasaba a un plano secundario por la coexistencia de lesiones de mayor jerarquía. El mecanismo habitual era el de la *hiperflexión*, y el lugar de elección el raquis lumbar. A veces el dorsal superior o el cervical.

El tercer elemento citado o sea la giba o cifosis era como se comprenderá, ostensible en la región dorsal, no así en la lumbar.

Las radiografías mostraban un aplastamiento de uno o varios cuerpos vertebrales que en el perfil se evidenciaban como deformación cuneana a vértice anterior con conservación del espacio intervertebral.

Las lesiones de espondiloartrosis eran previas en los casos recientes, formando parte de la secuela en los casos evolucionados.

En el Instituto de Traumatología en un total de 764 fracturas de columna hemos encontrado 20 casos o sea un 0.38%, en lo que a la luz de nuestros conocimientos actuales etiquetamos como secuela de fractura desconocida y que antes hubieran pasado a integrar el síndrome de Kummel - Verneuil.

La *localización electiva* en estos casos es en la *columna lumbar*: 14 casos.

En *columna dorsal*: 5, y en el *confluente dorso-lumbar*: 1 caso. Se clasificarían en:

—Fractura de	1ª lumbar	6
	2ª	5
	1ª y 2ª	1
	3ª	1
	1ª y 4ª	1
—Fractura de	9ª y 10ª dorsal	1
	10ª	1
	11ª y 12ª	1
	12ª	2
—Fractura de	12ª dorsal y 1ª lumbar. es decir, del confluente dorso-lumbar.	1.

En cuanto a frecuencia respecto a edades corresponde el máximo a la 4ª década (10 casos). De 2ª a 6ª décadas más o menos la misma incidencia:

2ª década: 2 casos; 3ª década: 3 casos; 5ª década: 2 casos; 6ª década: 3 casos.

El período libre varió desde un mínimo de *un mes* a un máximo de *15 años*, siendo el *plazo habitual de 2 a 8 meses*.

El tipo de trauma inicial fue desde el *mínimo*, caída sentado desde su altura. hasta el *máximo*, caída desde una altura que varió de 1½ a 8 mts. (caballo, andamio, azotea), es decir, *en todos los casos existió un trauma previo de muy variable intensidad*.

Radiológicamente las deformaciones consistían en aplastamiento anterior del cuerpo dando la clásica deformación en cuña.

Volviendo a los conceptos iniciales en lo referente a patogenia tenemos:

Kummel hablaba de *alteración trófica* u *osteitis rarificante* rechazando la fractura.

Verneuil pensaba en la *fractura de causa muscular* y desconocida largo tiempo.

Leriche en una *osteoporosis post-traumática*. A raíz de una etapa de *vasodilatación* se iniciaría la *osteoporosis*, *disminución de la resistencia ósea* y *posterior aplastamiento*.

Schmorl finalmente nos hablaría de *hernia intracorporal* del *núcleo pulposo* con *posterior rarefacción del cuerpo vertebral* y posibilidad a raíz de ello del *aplastamiento vertebral*.

Nosotros decimos hoy en día con precisión: el Síndrome de Kummel - Verneuil es una *fractura de columna ignorada* por la existencia de lesiones asociadas de mayor entidad, o porque el en-

fermo no dio importancia al trauma mínimo que tuvo, o porque el trauma violento que la provocó no puso al paciente o al médico por su escasa sintomatología clínica que muchas veces fue fugaz, en la sospecha, o en la vía de hacer el diagnóstico de esta fractura ignorada.

De modo pues que aquello que durante muchos años formaba una verdadera entidad actualmente debemos considerarlo como la secuela de una fractura ignorada en sus etapas iniciales.