

FRACTURA D'ODONTOIDES EN L'ANCIÀ

Autors: Carme Jorge Tufet¹, Ana Belen Vena Martínez², Antonio Espino García³

¹ Metge resident de 4t any de Medicina Familiar i Comunitària (ABS Bordeta-Magraners)

² Metge especialista en Geriatria (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida)

³ Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària (ABS Bordeta-Magraners)

Correspondència: menxu86@gmail.com

Revisors: Jose Miguel Baena i Oriol Rebagliato

Publicat: gener 2015

Carme Jorge Tufet, Ana Belen Vena Martínez, Antonio Espino García (2015)

Fractura d'odontoides en l'ancià

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss1/3>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

Les fractures de l'apòfisi odontoides són les més comunes del raquis cervical a qualsevol edat i representen del 7 al 20% de les fractures cervicals. En els més grans de 80 anys són les més freqüents de la columna vertebral¹. Les fractures d'odontoides es classifiquen segons Anderson i d'Alonzo en tipus I (fractura de l'apex amb avulsió); tipus II (fractura del coll) i tipus III (fractura de la base estesa al cos de l'axis)². El mecanisme lesional més freqüent són les caigudes. La clínica és variable des de la cervicàlgia fins la tetraplegia, si es produeix compressió medul·lar associada. Per al diagnòstic s'utilitzen les radiografies cervicals i la tomografia axial computada (TAC) cervical. Si presenta signes/síntomes de compressió medul·lar hem de realitzar una Ressonància Magnètica (RMN) cervical³. Comprometen el pronòstic vital a causa del risc neurològic, de les complicacions per decúbit en ancians i de les complicacions del tractament, sigui aquest ortopèdic o quirúrgic. El tractament d'aquests pacients no està ben definit. Les fractures aïllades de l'arc posterior de C1 i C2 i les fractures verticals del cos de C2 es tracten, en general, amb mètodes ortopèdics; les altres lesions, en especial les fractures de l'odontoides i dels istmes de C2, poden sostenir-se a un tractament quirúrgic o ortopèdic. L'opció terapèutica ha de plantejar-se en funció de l'estabilitat de la lesió, la situació basal del pacient, la possibilitat de realitzar un tractament ortopèdic correcte i la valoració del risc-benefici de la cirurgia⁴.

CAS CLÍNIC

Presentem el cas d'una pacient de 89 anys. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes i amb antecedents d'hipertensió, diabetis mellitus tipus 2, dislipèmia, artrosi, insuficiència cardíaca crònica, infart de miocardi, fibril·lació auricular permanent, accident vascular cerebral amb hemiplegia esquerra residual, epilèpsia vascular i colangitis amb pancreatitis post-CREP. Situació basal: dependent per a les activitats bàsiques de la vida diària excepte la ingesta i el vestit superior. Incontinent fecal i urinària. Deambulació amb ajuda. Deteriorament cognitiu no filiat lleu-moderat. Resident en el seu domicili amb supervisió per part de la seva germana.

En tractament amb acenocumarol (dosis segons pauta d'hemostàsia), paracetamol 1 g/ 8h, enalapril 10 mg/ 24h, simvastatina 40 mg/ 24h, fenitoïna 100mg/ 8h i metformina 850mg/ 8h.

La pacient va a urgències per hipoestèsia en hemicos esquerra amb posterior caiguda al terra i traumatisme cranial. En l'exploració física inicial es va observar: hematoma periorbitari esquerra que impedeix valoració de motilitat extrínseca amb simetria facial preservada, parèsia dreta i hipoestèsia mà esquerra, tons cardíacs arítmics, sense bufos audibles, cifosi, hipofonesi generalitzada, abdomen tou i depressible, sense masses ni visceromegàlies a la palpació, sense signes d'irritació peritoneal i peristaltisme present, polsos perifèrics presents, edemes bímaleolars. Davant el traumatisme cranioencefàlic en pacient anticoagulat, es va realitzar TAC cranial informada com a fractura del sostre i de la paret externa de l'òrbita esquerra amb discret esfondrament i hematoma de parts toves associat (fig. 1), signes d'atròfia cerebral,

lesions hipoxicoisquèmiques cròniques en substància blanca periventricular i infart crònic temporal dret. Es contacta amb oftalmologia i cirurgia maxil·lofacial, indicant antibioteràpia i vacuna antitetànica. A les 17 hores de la caiguda la pacient va presentar incapacitat per a lateralització del cap amb cervicàlgia associada, tetraparèsia de predomini dret (extremitat superior dreta 1-2/5, extremitat superior esquerra 1-3/5, extremitat inferior dreta 1-2/5, extremitat inferior esquerra 3/5) i reflexos miotàtics exaltats. Se sol·licita RX cervical, TAC cervical i interconsulta a neurocirurgia davant la sospita de probable fractura cervical amb

compromís medul·lar. Se li va col·locar un collarí cervical rígid i se li administra bolus corticoide. A la radiografia cervical es van observar signes d'artrosi degenerativa. La TAC cervical informa de fractura de la base d'odontoides amb desplaçament posterior i compressió medul·lar (fig. 2). Amb aquest diagnòstic i, atesa la situació basal de la pacient i la seva multi-morbiditat, es decideix després d'aquesta reunió multidisciplinària (neurocirurgia, traumatologia, cirurgia maxil·lofacial i geriatria) abordatge simptomàtic entrant la pacient en coma 23 hores després; sent èxitus al tercer dia de l'ingrés.

Fig.1 La TC cranial mostra una fractura del sostre i de la paret externa de l'òrbita esquerra amb discret enfonsament i hematoma de parts toves associat.

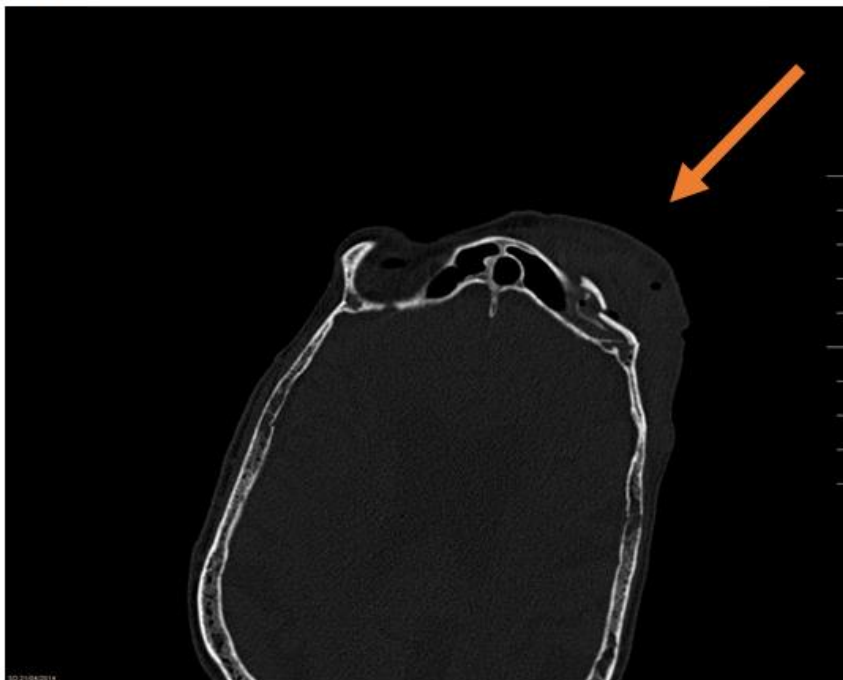


Fig.2 La TC cervical mostra una fractura-luxació de la base de l'apòfisi odontoides amb desplaçament posterior



DISCUSSIÓ

Les fractures de l'odontoide són les més comunes del raquis cervical a qualsevol edat; i representen del 7 al 20% de les fractures cervicals. En el nostre cas es tracta d'una fractura tipus III. En els ancians, la simptomatologia és menor i poden passar desapercebudes fins l'aparició de tetraplegia per compressió medul·lar. L'anamnesi s'acostuma ver dificultada i artefactada per la multimorbiditat i el possible deteriorament cognitiu associat. A l'hora de realitzar l'anamnesi, hem de preguntar per antecedents traumàtics, atès que és el

mecanisme etiològic més freqüent. Hem de tenir en compte que l'artrosi present en aquests pacients pot estabilitzar les fractures i no evidenciar una clínica clara fins que es produeixi un nou traumatisme o una mobilització de flexo-extensió forçada. Per al seu diagnòstic s'utilitzen les radiografies cervicals i la TAC cervical i si presenta signes/síntomes de compressió medul·lar hem de realitzar una RMN cervical. En el nostre cas, va morir prèvia a la seva realització. Hem de tenir en compte que en un 20% dels casos les lesions passen desapercebudes en un estudi radiològic simple⁵. Al pronòstic d'aquest tipus de fractures hem de sumar-li la

comorbiditat associada que presenten, limitant les opcions terapèutiques i disminuint la probabilitat de supervivència. Respecte al tractament, no existeixen protocols estandarditzats⁶. Es realitza una terapèutica adaptada a cada pacient en funció de l'estabilitat de la lesió, la situació basal del pacient, la possibilitat de realitzar un tractament ortopèdic correcte i sempre, després de realitzar una valoració del risc-benefici de la cirurgia. Malgrat això, Fagin et al. no van trobar diferències quant a mortalitat ni tampoc en la necessitat de traqueotomia, de gastrostomia endoscòpica percutània ni desenvolupament d'infecció urinària o pneumònia entre les diferents opcions terapèutiques. Aquest fet els va portar a plantejar que s'hauria de considerar, el tractament conservador en els pacients ancians amb fractura d'apòfisis odontoides⁷. La nostra pacient va consultar per traumatisme cranial amb fractura d'òrbita, no va ser fins l'aparició de la tetraparèsia que es va orientar com a probable fractura d'odontoides degut a l'hemiplegia prèvia per accident cerebrovascular i al deteriorament cognitiu que presentava i dificultava l'anamnesi. Un cop realitzat el diagnòstic per TAC cervical, i malgrat el tractament ortopèdic i farmacològic, la pacient va entrar en coma per la qual cosa es va decidir orientar l'esforç terapèutic al tractament simptomàtic. Així doncs, en pacients ancians que van per traumatisme cranial a un servei d'urgències, hauríem de realitzar una radiografia cervical sempre que existeixen signes o símptomes de lesió cervical o el mecanisme lesional sigui susceptible de produir-la. Davant clínica neurològica o dubtes en la interpretació radiològica, hauríem de sol·licitar una TAC cervical.

Paraules clau: anciana, columna cervical, fractura odontoides.

BIBLIOGRAFIA

1. Müller EJ, Wick M, Russe O, Murh G. Management of odontoid fractures in the elderly. *Eur Spine J.* 1999;8:360-5
2. D.S. Korres, P. Boscainos, M. Kouyialis. Fracturas del axis. *Rev Ortop Traumatol.* 2005;49:463-73
3. J. Guil Sánchez, M. Rodríguez-Martín. Fractura de odontoides en un paciente anciano con mala evolución final: a propósito de un caso y revisión bibliográfica existente. *Rev Esp GeriatrGerontol.* 2013;48:139-141
4. F. de Perretti, M. Challali. Traumatismos de la columna cervical alta. *EMC-Aparato Locomotor.* Vol 46; Febrero 2013; 1-9
5. E. Lobo Martinez. Manual de Urgencias Quirúrgicas Hospital Universitario Ramón y Cajal. 4ª edición. Madrid: Ed. MERCK & Co. Inc; 2011
6. France JC, Powel 2nd EN, Emery SE, Jones DL. Early morbidity and mortality associated with elderly odontoid fractures. *Orthopedics.* 2012;35:889-94.
7. Fagin AM, Cipolle MD, Barraco RD, Eid S, Reed 3rd JF, Li PM et al. Odontoid fractures in the elderly: should we operate? *J Trauma.* 2010;68:583-6