

FRACTURA DE ODONTOIDES EN EL ANCIANO

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

¹ Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria (ABS Bordeta-Magraners)

² Médico especialista en Geriátria (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida)

³ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (ABS Bordeta-Magraners)

Correspondencia: menxu86@gmail.com

Revisores: Jose Miguel Baena y Oriol Rebagliato

Publicado: enero 2015

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

Fractura de odontoides en el anciano

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

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de la apófisis odontoides son las más comunes del raquis cervical a cualquier edad y representan del 7 al 20% de las fracturas cervicales. En los mayores de 80 años son las más frecuentes de la columna vertebral¹. Las fracturas de odontoides se clasifican según Anderson y d'Alonzo en tipo I (fractura del ápex con avulsión); tipo II (fractura del cuello) y tipo III (fractura de la base extendida al cuerpo del axis)². El mecanismo lesional más frecuente son las caídas. La clínica es variable desde la cervicalgia hasta la tetraplejía, si se produce compresión medular asociada. Para el diagnóstico se utilizan las radiografías cervicales y la tomografía axial computada (TAC) cervical. Si presenta signos/síntomas de compresión medular debemos realizar una Resonancia Magnética (RMN) cervical³. Comprometen el pronóstico vital a causa del riesgo neurológico, de las complicaciones por decúbito en ancianos y de las complicaciones del tratamiento, sea éste ortopédico o quirúrgico. El tratamiento de estos pacientes no está bien definido. Las fracturas aisladas del arco posterior de C1 y C2 y las fracturas verticales del cuerpo de C2 se tratan, en general, con métodos ortopédicos; las demás lesiones, en especial las fracturas de la odontoides y de los istmos de C2, pueden someterse a un tratamiento quirúrgico u ortopédico. La opción terapéutica debe plantearse en función de la estabilidad de la lesión, la situación basal del paciente, la posibilidad de realizar un tratamiento ortopédico correcto y la valoración del riesgo-beneficio de la cirugía⁴.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 89 años. Sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, artrosis, insuficiencia cardíaca crónica, infarto de miocardio, fibrilación auricular permanente, accidente vascular cerebral con hemiplejía izquierda residual, epilepsia vascular y colangitis con pancreatitis post-CREP. Situación basal: dependiente para las actividades básicas de la vida diaria excepto la ingesta y el vestido superior. Incontinente fecal y urinaria. Deambulación con ayuda. Deterioro cognitivo no filiado leve-moderado. Residente en su domicilio con supervisión por parte de su hermana.

En tratamiento con acenocumarol (dosis según pauta de hemostasia), paracetamol 1 g/ 8h, enalapril 10 mg/ 24h, simvastatina 40 mg/ 24h, fenitoina 100mg/ 8h y metformina 850mg/ 8h.

La paciente acude a urgencias por hipoestesia en hemicuerpo izquierdo con posterior caída al suelo y traumatismo craneal. En la exploración física inicial se observó: hematoma periorbitario izquierdo que impide valoración de motilidad extrínseca con simetría facial preservada, paresia derecha e hipoestesia mano izquierda, tonos cardíacos arrítmicos, sin soplos audibles, cifosis, hipofonosis generalizada, abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias a la palpación, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo presente, pulsos periféricos presentes, edemas bima-leolares. Ante el traumatismo craneoencefálico en paciente anticoagulado, se realizó TAC craneal informada como fractura del techo y de la pared externa de la órbita izquierda con discreto

hundimiento y hematoma de partes blandas asociado (fig. 1), signos de atrofia cerebral, lesiones hipóxico-isquémicas crónicas en sustancia blanca periventricular e infarto crónico temporal derecho. Se contacta con oftalmología y cirugía máxilofacial, indicando antibioterapia y vacuna antitetánica. A las 17 horas de la caída la paciente presentó incapacidad para lateralización de la cabeza con cervicalgia asociada, tetraparesia de predominio derecho (extremidad superior derecha 1-2/5, extremidad superior izquierda 1-3/5, extremidad inferior derecha 1-2/5, extremidad inferior izquierda 3/5) y reflejos miotáticos exaltados. Se solicita RX cervical, TAC

cervical e interconsulta a neurocirugía ante la sospecha de probable fractura cervical con compromiso medular. Se le coloca collarín cervical rígido y se le administra bolus corticoideo. En la Radiografía cervical se observan signos de artrosis degenerativa. La TAC cervical informa de fractura de la base de odontoides con desplazamiento posterior y compresión medular (fig. 2). Con este diagnóstico y, dada la situación basal de la paciente y su multimorbilidad, se decide tras reunión multidisciplinar (neurocirugía, traumatología, cirugía máxilofacial y geriatría) abordaje sintomático entrando la paciente en coma 23 horas después; siendo exitus al tercer día del ingreso.

Fig.1 La TC craneal muestra una fractura del techo y de la pared externa de la órbita izquierda con discreto hundimiento y hematoma de partes blandas asociado

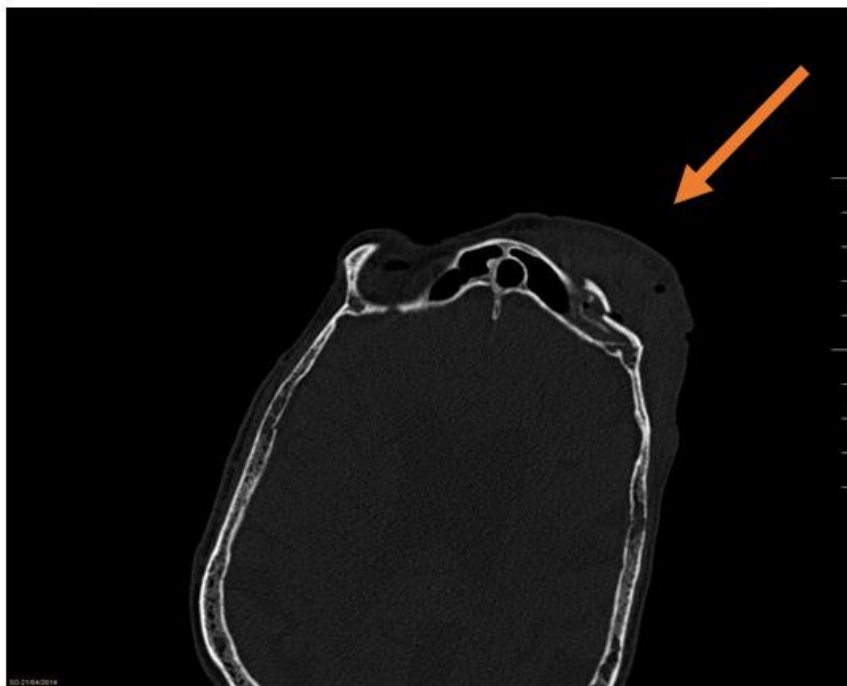


Fig.2 La TC cervical muestra una fractura-luxación de la base de la apófisis odontoides con desplazamiento posterior



DISCUSIÓN

Las fracturas del odontoides son las más comunes del raquis cervical a cualquier edad; representando del 7 al 20% de las fracturas cervicales. En nuestro caso se trata de una fractura tipo III. En los ancianos, la sintomatología es menor y pueden pasar desapercibidas hasta la aparición de tetraplejía por compresión medular. La anamnesis se suele ver dificultada y artefactada por la multimorbilidad y el posible deterioro cognitivo asociado. A la hora de realizar la anamnesis, debemos preguntar por

antecedentes traumáticos, dado que es el mecanismo etiológico más frecuente. Debemos tener en cuenta que la artrosis presente en estos pacientes puede estabilizar las fracturas y no evidenciar una clínica clara hasta que se produce un nuevo traumatismo o una movilización de flexo-extensión forzada. Para su diagnóstico se utilizan las radiografías cervicales y la TAC cervical y si presenta signos/síntomas de compresión medular debemos realizar una RMN cervical. En nuestro caso, falleció previa a su realización. Debemos tener en cuenta que en un 20% de los casos las lesiones pasan desapercibidas en un

estudio radiológico simple⁵. Al pronóstico de este tipo de fracturas debemos sumarle la comorbilidad asociada que presentan, limitando las opciones terapéuticas y disminuyendo la probabilidad de supervivencia. Respecto al tratamiento, no existen protocolos estandarizados⁶. Se realiza una terapéutica adaptada a cada paciente en función de la estabilidad de la lesión, la situación basal del paciente, la posibilidad de realizar un tratamiento ortopédico correcto y siempre, tras realizar una valoración del riesgo-beneficio de la cirugía. A pesar de ello, Fagin et al. no encontraron diferencias en cuanto a mortalidad ni tampoco en la necesidad de traqueotomía, de gastrostomía endoscópica percutánea ni desarrollo de infección urinaria o neumonía entre las diferentes opciones terapéuticas. Esto les llevó a plantear que se debería considerar, el tratamiento conservador en los pacientes ancianos con fractura de apófisis odontoides⁷. Nuestra paciente consultó por traumatismo craneal con fractura de órbita, no fue hasta la aparición de la tetraparesia que se orientó como probable fractura de odontoides debido a la hemiplejía previa por accidente cerebrovascular y al deterioro cognitivo que presentaba y dificultaba la anamnesis. Una vez realizado el diagnóstico por TAC cervical, y a pesar del tratamiento ortopédico y farmacológico, la paciente entró en coma por lo que se decidió orientar el esfuerzo terapéutico al tratamiento sintomático. Así pues, en pacientes ancianos que acuden por traumatismo craneal a un servicio de urgencias, deberíamos realizar una radiografía cervical siempre que existan signos o síntomas de lesión cervical o el mecanismo lesional sea susceptible de producirla. Ante clínica neurológica o

dudas en la interpretación radiológica, deberíamos solicitar una TAC cervical.

Palabras clave: anciano, columna cervical, fractura odontoides

BIBLIOGRAFÍA

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 3erd JF, Li PM et al. Odontoid fractures in the elderly: should we operate? *J Trauma.* 2010;68:583-6