



Tratamiento de las complicaciones y de las secuelas neurológicas de los pacientes con traumatismos medulares

F. Rech, T. Civit

Los traumatismos medulares son una patología frecuente y grave, que suele afectar a una población joven. La afectación neurológica que provocan conlleva a corto plazo un riesgo vital por las complicaciones vitales que ocasiona. A largo plazo, las secuelas neurológicas de los pacientes con traumatismos medulares provocan complicaciones que originan una alteración de la calidad de vida y hospitalizaciones reiteradas. El conocimiento de estas complicaciones y secuelas debe permitir la optimización del tratamiento del paciente y asegurar el paso de la fase aguda (hospitalaria) a la fase de rehabilitación y readaptación, con la vuelta al domicilio en última instancia. El objetivo de este artículo es presentar el conjunto de las complicaciones precoces y tardías de los pacientes con lesión medular para ofrecer las líneas fundamentales del tratamiento. Su finalidad es poner de manifiesto la complejidad de los problemas y la multiplicidad de los órganos afectados en esta patología, para poder comprender la necesidad de un tratamiento multidisciplinario y de una educación óptima del paciente, que es el elemento central de su tratamiento. También se hace hincapié en el tratamiento preventivo, que es el único capaz de evitar estas complicaciones graves en término de morbilidad y de mortalidad.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Traumatismo medular; Complicaciones; Prevención; Agudo; Crónico

Plan

■ Introducción	2
■ Evaluación inicial	2
■ Fase aguda	2
Afectación medular	2
Trastornos cardiovasculares	3
Trastornos respiratorios	3
Trastornos de la termorregulación	4
Complicaciones cutáneas	4
Complicaciones ortopédicas	5
Complicaciones digestivas	5
Función vesicoesfinteriana	5
Complicaciones tromboembólicas	6
Complicaciones infecciosas	6

■ A largo plazo	6
Evaluación neurológica	6
Espasticidad	6
Siringomielia	7
Dolores neuropáticos	8
Disreflexia autónoma	8
Tratamiento vesicoesfinteriano	8
Tratamiento digestivo	10
Función genitosexual	11
Estado cutáneo	11
Aparato locomotor	11
Enfermedad de Charcot de la columna vertebral	12
Tratamiento psicológico	12
Envejecimiento	12
■ Conclusión	12

■ Introducción

Las lesiones de la médula espinal son traumáticas en el 80% de los casos [1]. Se deben esencialmente a accidentes de automóvil, de motocicleta, a caídas (intentos autolíticos, sobre todo) o accidentes deportivos (zambullida en agua poco profunda, especialmente) [1].

En Francia, 50.000 personas presentan un traumatismo medular y se producen 1.200 nuevos casos de para y tetraplejías anuales [2]. La incidencia real de los traumatismos medulares y de sus causas es difícil de conocer con precisión, debido a que no todos los países tienen registros nacionales. Se estima en 19 nuevos casos por millón de habitantes en Europa [3].

Estos traumatismos se producen sobre todo en personas jóvenes (promedio de edad de 30 años [4]), pero este promedio está en aumento desde hace varios años [5] (con un pico a partir de los 60 años para las mielopatías cervicodorsales descompensadas tras una caída [1]). La distribución por sexos es de 3-5 varones por cada mujer [3].

Se trata de lesiones graves. La recuperación en los pacientes que presentan una lesión sensitivomotora completa no se logra en el 80-90% de los casos [6]. Esta recuperación es mejor en las lesiones incompletas (ASIA [American Spinal Injury Association] B, C y D) y en las personas jóvenes (< 50 años) [6].

La afectación motora, que a menudo está en primer plano, no debe hacer que se olvide el carácter difuso de los órganos afectados, bien de forma directa por una disregulación del sistema nervioso autónomo, o bien indirectamente por las complicaciones que provoca la inmovilización. El tratamiento inicial es fundamental, porque el pronóstico vital se ve comprometido por la propia lesión medular, incluso aparte de los demás traumatismos. La mortalidad en el estadio agudo se estima en el 8% [7]. Sin embargo, estos datos son variables y dependen del grado de afectación neurológica (tetraplejía/paraplejía) y de las lesiones asociadas. Éste es un elemento fundamental del tratamiento que requiere un conocimiento adecuado de la repercusión somática de la afectación neurológica para prevenir cualquier complicación. Además, esta pluralidad de órganos afectados requiere un tratamiento global y multidisciplinario del paciente, porque cada especialista debe intervenir para prevenir y evitar las complicaciones neurológicas en su ámbito de competencia. La transición del hospital y del centro de rehabilitación al domicilio sólo puede realizarse con la participación de los médicos generales, lo que permite centralizar el tratamiento del paciente. Este último se guía por las recomendaciones de la Haute Autorité de Santé sobre el tratamiento de los pacientes con lesión medular [2], que permiten a los profesionales llevar a cabo un seguimiento adecuado del paciente.

En este artículo, se abarca el conjunto de las complicaciones posibles desde la fase inicial del traumatismo, así como su prevención y su tratamiento.

■ Evaluación inicial

Después del traumatismo, se debe realizar una evaluación neurológica lo más completa posible. Hay que identificar el nivel de afectación neurológica, basado en la exploración neurológica sensitiva y motora, así como en la anamnesis cuando el paciente esté consciente. Por tanto, hay que buscar argumentos indicativos:

- de un síndrome raquídeo, que se manifiesta por dolor a nivel del posible foco de fractura;
- de un síndrome lesional, que se manifiesta por dolor radicular en hemitórax en caso de afectación torácica;

- de un síndrome sublesional, cuya expresión depende del nivel de afectación neurológica:
 - autonomía ventilatoria por la actividad del diafragma, que es imposible cuando existen lesiones por encima de C4,
 - tetraplejía para las lesiones por encima de T1,
 - paraplejía para las lesiones por debajo de C7 (afectación del abductor del V en T1),
 - paraplejía alta para las lesiones por encima de T6 (frecuencia de los trastornos neurovegetativos).

Se deben buscar otros signos neurológicos para no clasificar al paciente de «traumatizado medular» exclusivo y evitar sobre todo el riesgo de no diagnosticar una lesión cerebral.

Por tanto, hay que cumplimentar la escala de la ASIA, que permite evaluar de forma rápida, fiable y reproducible el estado neurológico del paciente. Esta escala permite evaluar la evolución de su estado neurológico. En ella, se evalúan los grupos musculares clave, como:

- los flexores del codo para buscar la afectación C5;
- los extensores de la muñeca para la afectación C6;
- los extensores del codo para la afectación C7;
- los flexores de F3 para la afectación C8;
- el abductor del quinto dedo para la afectación T1;
- los flexores de la cadera para la afectación L2;
- los extensores de la rodilla para la afectación L3;
- los elevadores del pie para la afectación L4;
- los extensores del dedo gordo para la afectación L5;
- los flexores plantares para la afectación S1;
- el tono anal para la afectación S4-S5.

Además, debido a que los traumatismos causantes suelen ser de alta energía, se deben buscar otras lesiones viscerales, óseas o nerviosas periféricas. Algunas de estas lesiones pueden alterar la exploración neurológica, como las lesiones del plexo braquial, por ejemplo, que provocan afectaciones radicales múltiples extrarraquídeas.

Hay que señalar que, en la fase aguda, el shock espinal provoca perturbaciones hemodinámicas (shock neurógeno, cf infra) que pueden dificultar la distinción con un shock hemorrágico y que obligan a buscar otras lesiones.

Sólo las pruebas de imagen, que son totalmente indispensables, permiten distinguir entre el conjunto de trastornos del paciente y, sobre todo, precisar el tipo de traumatismo medular, del que dependerá el tratamiento. Consisten, como mínimo, en una tomografía computarizada (TC) sin y con inyección de contraste. Se puede realizar una resonancia magnética (RM) medular, sobre todo si no existen lesiones óseas visibles en la TC.

■ Fase aguda

Afectación medular

La afectación medular puede ser de origen compresivo (fractura, hematoma), que es lo más habitual, pero también se puede deber a un traumatismo penetrante (lesión por arma blanca o de fuego). Asimismo, puede ser secundaria a una descompensación postraumática de un conducto cervical estrecho en el marco de una mielopatía cervicodorsal.

Si no se visualiza una compresión en la TC, se debe realizar una RM medular de urgencia para buscar un posible hematoma epi o subdural. Cuando no existe una etiología compresiva, en la mayoría de los casos se observa una contusión medular causante de la semiología.

Es importante señalar que en ocasiones puede haber lesiones diferentes a varios niveles, lo que justifica una exploración física rigurosa y unas pruebas complementarias exhaustivas.

La realización de una angio-TC de los vasos del cuello es un punto fundamental en los traumatismos cervicales, porque una disección de los vasos del cuello puede conducir a accidentes cerebrovasculares isquémicos que no son

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349159>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349159>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)