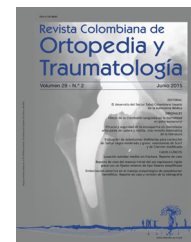




Revista Colombiana de
**Ortopedia y
Traumatología**

www.elsevier.es/rccot



CASO CLÍNICO

Fractura de L2 (AOSpine A3) en un paciente con diastematomielia asintomática. Reporte de caso

Edgar Corpus-Mariscal^a, Saúl Tlahuel-Delgado^a, Rubén Romero-Méndez^a,
Silvia Pérez-Rojas^a, Álvaro Montiel-Jarquín^{b,*}, Rodolfo Barragán-Hervella^b,
Hugo Solís-Mendoza^b y César Martínez-Rodríguez^c

^a Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

^b Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla; Academia Nacional de Educación Médica; Posgrados Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

^c Centro de Estudios Superiores de Tepeaca, Puebla, México

Recibido el 15 de febrero de 2017; aceptado el 5 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Diastematomielia
asintomática;
Fractura lumbar
traumática;
Tratamiento
quirúrgico

Resumen La diastematomielia es una anomalía del desarrollo del tubo neural, caracterizada por una división sagital de la médula espinal. Los síntomas son variados y puede cursar con dolor, trastornos de la marcha, escoliosis, deformidad de los pies, alteraciones del control de esfínteres, estigmas cutáneos, aumento de la tensión muscular e hidrocefalia, entre otros. En ocasiones es asintomática. Se presenta un caso clínico de un varón de 24 años, que sufre caída desde 4 m de altura y sufre fractura en columna lumbar L2 (AOSpine A3, N0), con diastematomielia en L1 de tipo I como hallazgo incidental y hemivértebra en T12. Se manejó con estabilización con tornillos pediculares con buena evolución. El manejo de estos pacientes debe ser individualizado. Los tornillos pediculares ofrecen resultados satisfactorios con bajo riesgo de lesión neurológica.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2018 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Asymptomatic
diastematomyelia;
Traumatic lumbar
fracture;
Surgical treatment

L2 (AOSpine A3) fracture in a patient with asymptomatic diastematomyelia. Case report

Abstract Diastematomyelia is an abnormality of the development of the neural tube, and is characterised by a sagittal division of the spinal cord. The symptoms vary and may include pain, gait disorders, scoliosis, deformity of the feet, changes in sphincter control, skin stigmata,

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dralmoja@hotmail.com, alvaro.montielj@imss.gob.mx (Á. Montiel-Jarquín).

<https://doi.org/10.1016/j.rccot.2017.09.006>

0120-8845/© 2018 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Corpus-Mariscal E, et al. Fractura de L2 (AOSpine A3) en un paciente con diastematomielia asintomática. Reporte de caso. Rev Colomb Ortop Traumatol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rccot.2017.09.006>

increased muscle tension, and hydrocephalus, among others. It is occasionally asymptomatic. The case is reported of a 24-year-old male, suffering a 4-metre fall and a lumbar spine fracture L2 (AOSpine A3, N0), with L1 type I diastematomyelia as an incidental finding and hemivertebra in T12. It was managed with stabilisation with pedicle screws, with a good outcome. The management of these patients must be individualised, the pedicle screws offer satisfactory results with low risk of neurological damage.

Evidence level: IV.

© 2018 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La diastematomelia es una anomalía del desarrollo del tubo neural, caracterizada por la división sagital de la médula espinal. Desde el punto de vista embriológico, el defecto se produce durante la gastrulación debido a la aparición de un conducto neuroentérico accesorio. Este conducto contiene células del ectodermo y el endodermo, por lo que, al continuar el proceso embriológico y fetal, estas células retienen su potencial de diferenciación y dan origen a un espolón que puede estar constituido por tejido óseo, cartilaginoso, fibroso o una combinación de los anteriores¹.

Pang describió dos tipos de divisiones del saco dural que dependen de la naturaleza del septo medio. El tipo I se denomina diastematomielia y en esta cada hemicordón tiene su propio saco dural. El tipo II es conocido como diplomelia, en la cual dos hemicordones están contenidos en un saco dural único².

Sin embargo, el término diastematomielia se utiliza en ambos tipos de malformación espinal. El tabique se adhiere a la cara medial de los hemicordones y puede sujetar las lesiones, lo cual puede provocar un deterioro neurológico progresivo debido al estiramiento y a la compresión del cordón³.

La presentación clínica va desde lesiones completamente silenciosas hasta trastornos neurológicos complejos, como escoliosis, deformidad de los pies, cambios en la piel dorsal, defectos de hombro, debilidad de las extremidades inferiores, aumento de la tensión muscular, hidrocefalia, alteraciones del control de esfínteres, mielomeningocele, dolor, estigmas cutáneos como hipertriosis, hemangiomas, masas subcutáneas, nevos y hoyuelos en la región dorsal. La exploración física neurológica puede revelar debilidad de las extremidades inferiores, mayor tensión muscular y disfunción de los esfínteres.

Esta forma de disrafia está asociada con otras malformaciones raquímedulares ampliamente documentadas, defectos en la segmentación y formación vertebral.

Un estudio retrospectivo reveló que la región lumbar es el sitio más afectado con el 46%, seguido de la transición dorsolumbar con el 40%, el 13% en la región torácica y solo el 1% en la zona cervical⁴.

Reporte de caso

Paciente masculino de 24 años acude al servicio de urgencias por cuadro de 24 horas de evolución, caracterizado



Figura 1 Tomografía computadorizada en proyección sagital que muestra diastematomielia de la segunda vértebra lumbar (tipo 1).

por dolor intenso en el codo izquierdo, pelvis y región lumbar, por caída de 4 m de altura en decúbito lateral izquierdo, sin pérdida del estado de alerta. En la revisión inicial se observa aumento de volumen, deformidad y crepitación en codo izquierdo, dolor en columna lumbar de tipo axial con sensibilidad normal, reflejos miotendinosos normales y fuerza muscular de las extremidades inferiores conservada.

Los estudios de gabinete mostraron fractura bifocal multifragmentada de olécranon izquierdo y de cúpula radial *in situ* AO 21-C2.1, fractura y avulsión de cóndilo humeral AO 13-B1.1, fractura en sacro transforaminal izquierda *in situ* grado 2 de Dennis, avulsión de la tuberosidad del isquion izquierdo AO 61-A1.3 y fractura de L2 AOSpine A3, N0 (figs. 1 y 2).

El control tomográfico mostró anomalías congénitas en T12 (hemivertebra) y L1 con una diastematomielia de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8802996>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8802996>

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