

Inestabilidad traumática de columna cervical C1-C2 y C6 en Rugby

REPORTE DE UN CASO

AUTORES

Dr. Bertero F. *1,2,3, Dr. Santa Coloma E. *1,2, Dr. Piazza D*1,2,4,5

*1: Cleveland Orthopaedics.

*2: Centro Diagnostico Rossi

*3: Hospital de Clínicas J.S.M., Buenos Aires

*4: Fundación Favaloro

*5: Hospital Universitario Austral

CORRESPONDENCIA

Dr. Federico Bertero
Av. Pueyrredon 1770 15 "A" C.A.B.A.
(C1119ACN)
consultoriordrbertero@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las lesiones deportivas provocan el 7,5 a 10% de todas las lesiones de la médula espinal, solo superadas por los accidentes de tránsito, violencia y caída de altura. La edad promedio que se presentan estas lesiones es de 24 años.

Las lesiones medulares asociadas al deporte ocupan el segundo lugar en frecuencia en las primeras 3 décadas de la vida. Varios deportes con y sin situaciones de contacto, como el rugby, el esquí, el snowboard, los saltos de altura y equitación, conllevan un alto riesgo de lesión medular. Afortunadamente las lesiones graves con secuelas neurológicas son infrecuentes en la práctica deportiva. Desde el año 1977 al 2005 se produjeron en USA 256 lesiones incompletas neurológicas, con una distribución desigual, siendo mayor en aquellos deportistas no profesionales.

Para un tratamiento adecuado de este tipo de lesiones es fundamental un alto grado de sospecha lesional, un conocimiento de la alineación y arquitectura cervical y de su incidencia en ciertas prácticas deportivas.

El objetivo del siguiente caso problema es mostrar errores diagnósticos cuando no existe la sospecha de lesión cervical alta, la clínica es pasada por alto y no se solicitan los estudios diagnósticos adecuados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, sin antecedentes previos y jugador de rugby, quien se desempeña en el puesto de pilar izquierdo en un club de la 3era división de la URBA, donde sufre un trauma cefálico con carga axial y flexión cervical forzada, en impacto frontal, cuando portaba la pelota. Al ser evaluado por el médico del partido refiere dolor suboccipital y es retirado del campo de juego, no recibiendo atención ulterior, por lo que termina la temporada de rugby regular (aproximadamente 6 meses más de juego).

A los 6 meses de ocurrido dicho traumatismo consulta por dolor cervical a nivel suboccipital y rigidez, dolor nocturno, con limitación leve en el rango de movilidad (rotatorio). Al examen físico presenta como único dato positivo rigidez cervical con limitación en la rotación, sin déficit neurológico asociado. Se evalúan los pares craneales sin evidencia de alteraciones. No presentaba síndrome de Horner ni Wallenberg. Se realizan estudios de imágenes, Rx simples de columna cervical de frente y perfil, Rx transoral para evaluar odontoides, Rx dinámicas, TC multiplanar y RNM.

En las radiografías dinámicas se observa: aumento del espacio atlanto-odontoides (ADI) de 7 mm (VN: hasta 3 mm) y fractura compresión del

Figura 1: Rx dinámica en flexión



Figura 3: TC axial neutra

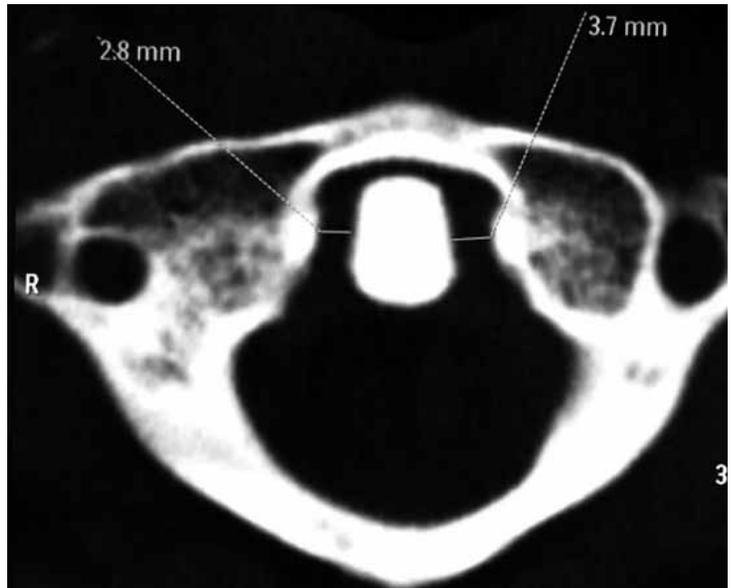


Figura 2: Rx dinámica en extensión



cuerpo vertebral de C6 estable. (Tipo A1). En la RM presenta: edema en el cuerpo vertebral de C6, sin compromiso ligamentario posterior, novisualizándose el ligamento transverso. La TC dinámica bidimensional muestra: Aumento del espacio ADI de 7 mm en cortes axiales y sagitales.

Por lo que se diagnostica inestabilidad C1-C2 en las radiografías y TC multiplanar dinámicas con un ADI de 6-7 mm; mas fractura compresión (estable) de C6 por mecanismo de flexión que no se trato por tiempo evolutivo y por su estabilidad. Siguiendo los criterios de Torg (1997) y de Vaccaro (2002), respecto a la reanudación del deporte en lesiones cervicales, se prohibió la práctica deportiva de contacto. (Laxitud ligamentaria con ADI > de 3.5 mm de movilidad de C1-C2 en flexo-extensión y/o >11° de cifosis, contraindicación absoluta de Vaccaro).

DISCUSIÓN

Este tipo de lesiones espinales cervicales son poco frecuentes y los eventos catastroficos son raros en el deporte. El énfasis se intenta poner en que estas lesiones cursan muchas veces con una clínica silente u oligosintomatica, haciendo que se demore el diagnostico con el consiguiente riesgo potencial de lesión medular o neurológica.

Figura 5: TC sagital neutra

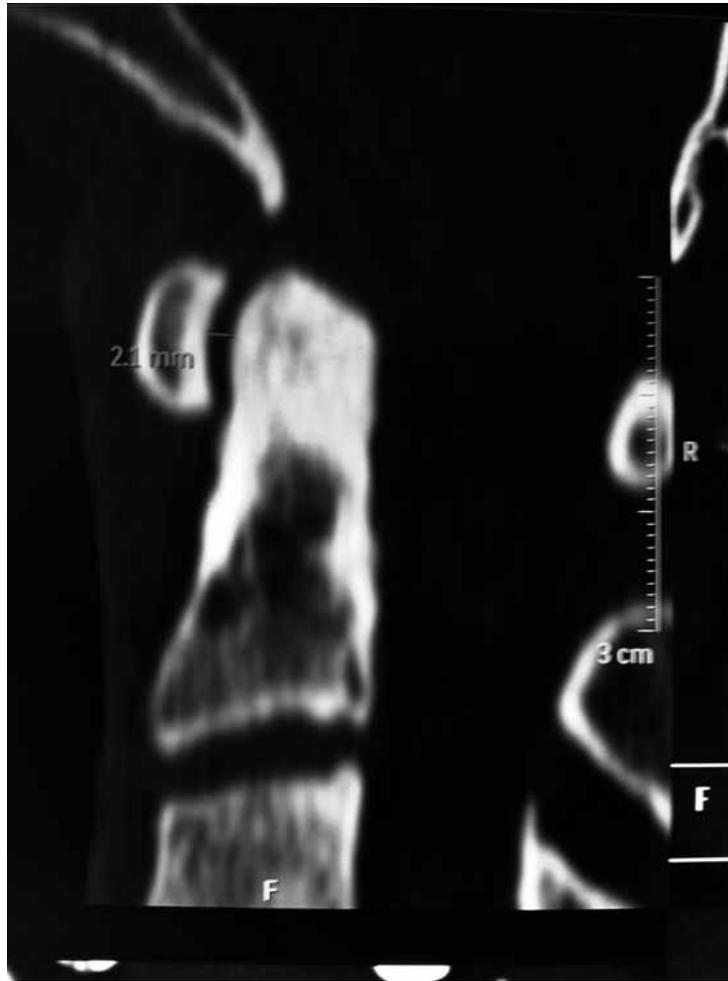
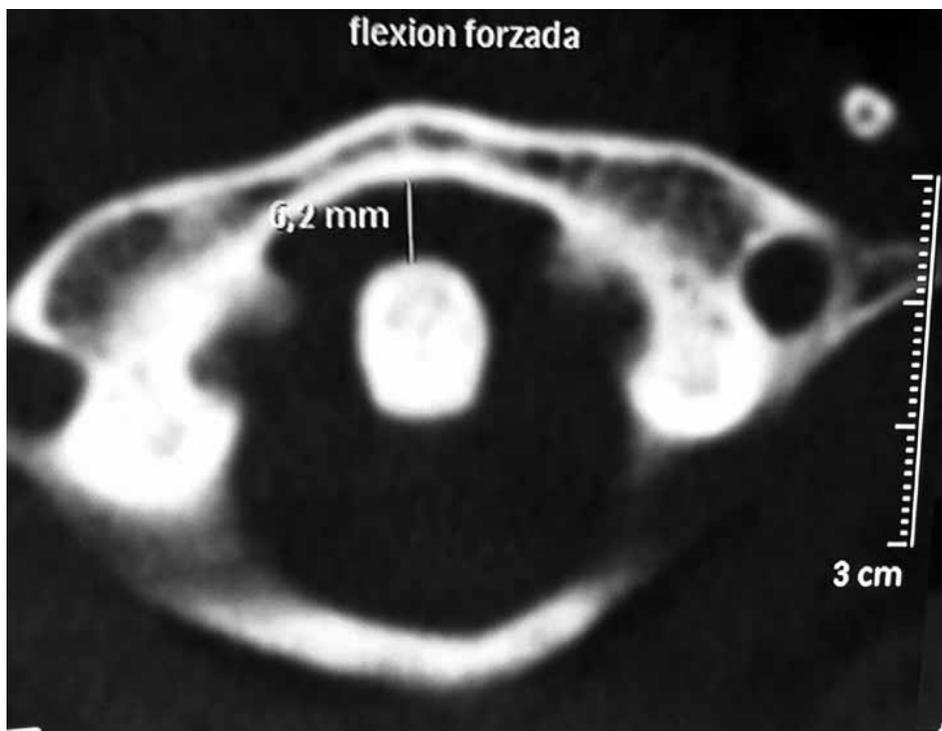


Figura 4: TC axial flexion



Es frecuente en estos casos de lesión C1-C2 la ruptura de la arteria vertebral con clínica de síndrome de Wallenberg, Síndrome de Horner o de tronco cerebral (nistagmus, mareos, ataxia, vómitos). Por ende es importante su estudio con angiograma TC o RNM cuando se sospecha la misma. Los deportistas profesionales o de elite presentan menor incidencia de este tipo de lesiones debido a su mayor velocidad, mayor reserva aeróbica y un entrenamiento regular en intensivo.

La enseñanza que nos deja este caso, es que a pesar de la incidencia decreciente de las lesiones cervicales graves, se cree debido al cambio de reglas en el scrum que las hizo disminuir alentadoramente en frecuencia y en gravedad, aun existe un alto número de lesiones que pasan desapercibidas. Este tipo de lesiones tiene un potencial riesgo neurológico y/o medular. De no existir un alto índice de sospecha, un examen físico exhaustivo y un profundo conocimiento de la arquitectura craneocervical en los estudios de imágenes, el diagnóstico tardío expone al jugador a continuar con la práctica deportiva con alto riesgo neurológico, como sucedió en este caso.

Es frecuente en la bibliografía el reporte de casos similares, donde el factor común, es la clínica oligosintomática con cefalea suboccipital leve y la rigidez apenas cuantificables. El mecanismo de lesión es discutido, pero en la mayoría de los casos sucede por una carga axial con flexión. En el rugby y sobre todo los forwards utilizan la cabeza de ariete para colisionar y derribar al adversario, así mismo todos los jugadores están expuestos en el gesto del tackle, cuando se lo ejecuta con una técnica frontal y baja.

CONCLUSIÓN

El alto nivel sospecha ante síntomas inespecíficos como cefalea suboccipital y rigidez en los movimientos rotatorios luego de una colisión que involucra la cabeza, debe llevarnos a solicitar estudios complementarios (Rx., RM y TC) y la interrupción de la actividad deportiva hasta que los estudios y el paciente sean evaluados por un especialista con un vasto conocimiento de la semiología neurológica e imagenológica de la columna.

Figura 6: TC sagital en flexión

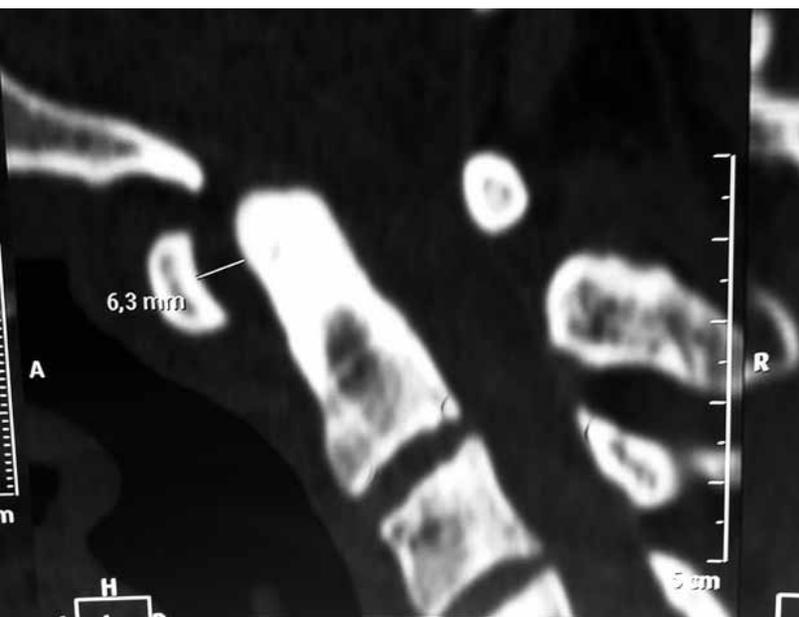


Figura 7: RNM sagital

