

Nombre:	Alba Patricia
Apellido:	Solano Romero
Otros Autores:	Carmen M ^a Botía González, Carlos Vázquez Olmos, Adriana López Ruiz, M ^a Jesús Gayán Belmonte, Amalia García Chiclano
E-mail:	patri290188@gmail.com
Hospital:	Morales Meseguer
Ciudad:	Murcia
Título:	Fractura de Jefferson inestable
Presentación:	<p>Varón de 79 años, traído a urgencias por traumatismo craneoencefálico (impactación de la cabeza contra el suelo tras haberse quedado dormido sentado). Presenta cefalea con exploración neurológica normal. En urgencias solicitan un TC simple de cráneo y una radiografía lateral cervical. Debido al hábito corporal del paciente, se decide realizar únicamente un TC simple de cráneo con extensión a columna cervical para una mejor visualización de las vértebras cervicales. El TC no mostró lesiones intracraneales, pero se observó una fractura multifocal de C1, afectando la fractura bilateralmente al arco anterior y al arco posterior del atlas.</p>
Discusión :	<p>El diagnóstico radiológico fue de fractura de Jefferson tipo E (inestable) sin datos de invasión del canal medular.</p> <p>El paciente fue tratado con éxito mediante halo craneotorácico. Las fracturas de Jefferson suelen producirse por traumatismos de alta energía con un mecanismo de flexoextensión cervical o de compresión axial como era el caso de nuestro paciente. Debido a que a nivel del atlas el canal medular no es estrecho, es frecuente que inicialmente la exploración neurológica sea normal si no hay un desplazamiento significativo de los fragmentos óseos que lesionen la médula.</p> <p>Las fracturas de Jefferson diagnosticadas precozmente pueden ser tratadas con medios conservadores (ortesis cervicales tipo Philadelphia o SOMI).</p> <p>Las lesiones inestables (Jefferson tipo D y E) recientes, pueden ser tratadas mediante la colocación de halos craneotorácicos. Algunos casos con desplazamiento podrán requerir alineación con tracciones cervicales. En las lesiones inestables también se puede optar por tratamiento quirúrgico inicial. La cirugía siempre está indicada en los pacientes a los que se les diagnostica una lesión inestable del atlas tardíamente.</p>
Conclusión:	<p>Ante un traumatismo cervical por compresión axial o flexoextensión de alta energía, hay que tener un alto índice de sospecha clínica de posible lesión del atlas y no olvidar que puede presentarse sin sintomatología neurológica asociada.</p>
Bibliografía:	<p>1. Martín-Ferrer S. Traumatismos de la columna cervical alta: Clasificación tipológica, indicaciones terapéuticas y abordajes quirúrgicos (a propósito de 286 casos). Neurocirugía 2006; 17: 391-419.</p>

	<p>2. Mead LB, Millhouse PW, Krystal J, Vaccaro AR. C1 fractures: a review of diagnoses, management options, and outcomes. <i>Curr Rev Musculoskelet Med.</i> 2016 Sep;9(3):255-62. doi: 10.1007/s12178-016-9356-5.</p>
Pie de foto:	<p>Imágenes A y B: cortes axiales de TC a nivel del atlas, donde se observa la fractura bilateral que afecta al arco anterior del atlas (flechas), con un leve desplazamiento del componente anterior de la fractura. Imágenes C y D: detalle de la fractura que afecta al arco posterior del atlas (flechas) visto en corte axial de TC a nivel del atlas (imagen C) y en reconstrucción volumétrica coronal posterior oblicua de la columna cervical (imagen D).</p>