Nombre:	Rosalina
Apellido:	Grau Solà
Otros Autores:	B.M. Rodríguez Chikri, M.C. Gassent Balaguer, J. Roldán Busto, J. Xamena Sánchez, A. Mas Bonet
E-mail:	linagraus@gmail.com
Hospital:	Hospital Universitari Son Espases
Ciudad:	Palma de Mallorca
Título:	Traumatismo cráneo-cervical severo con sección medular cervical en la edad pediátrica
Presentación:	Lactante de 21 meses trasladado a nuestro hospital por politraumatismo y parada cardiorrespiratoria recuperada tras accidente de tráfico (CGS 3)
Discusión :	Se realiza estudio mediante angio-TCMD cervical y RM de 1,5T de columna cérvico-torácica (segmento C1-T10), empleando secuencias sagitales T1, T2, STIR, MERGE y axiales T2. Hallazgos: • Aumento del espacio entre cóndilos occipitales y las masas laterales del Atlas y entre C1 y C2 que presentan hiperseñal en T2 y STIR, mayor en el lado izquierdo. • Aumento del espacio entre el basion y la punta de la odontoides, mide 14mm (≤12mm). • Aumento del espacio atlo-odontoideo que mide 7mm (≤5mm) sugestivo de luxación craneocervical. • Fractura-luxación del cuerpo de C6 con avulsión del platillo superior y desplazamiento cráneo-caudal de 1,8cm. • Pérdida de la integridad ligamentosa del LLA LLP, ligamento amarillo e interespinosos. • Disrupción de la dura con hematoma y salida de LCR a partes blandas adyacentes. • Hematomas epidural anterior (C6-T2) y posterior (C6-T7). • Hiperseñal medular en T2 y STIR a nivel C6-T2 de 8mm compatible con sección medular. • Hiperseñal en T2 y STIR con restricción en difusión en amígdalas cerebelosas y unión bulbomedular sugestivas de isquemia aguda. • En el angio-TCMD se identifica disección de la arteria vertebral izquierda casi desde su origen, con ausencia de opacificación en el hiato de la fractura.
Conclusión:	Las lesiones de la columna cervical son poco frecuentes en los niños, representando sólo el 1-2% de los traumas pediátricos. La región más afectada dentro de las lesiones medulares en niños menores de 8 años suele ser la columna cervical, ya que poseen un punto de apoyo más alto que la población adulta, tienen una cabeza más grande en relación a su cuerpo, una musculatura cervical débil, una gran laxitud ligamentosa, con hipermovilidad relativa, con facetas más horizontales y planas, y sincondrosis no fusionadas. Así las lesiones en estos pacientes suelen ser de mayor gravedad que en los adultos y presentan una menor supervivencia.
Bibliografía:	• E.S. Schwartz, A.J. Barkovich. Brain and Spine Injuries in Infancy and Childhood. En:

	A.J. Barkovich MD, C Raybaud MD. Pediatric Neuroimaging. 5a edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 240-366. • Blaise V. Jones, MD. Lesiones de la unión craneocervical. En: Lane F. Donnelly. Diagnóstico por imagen pediatría.2a edición. Madrid: Marban libros; 2014. p. 1080-1083. • R.M. Sánchez Jiménez, C.M. Fernández Hernández, C. Serrano García, E. Doménech Abellán, M. Santa-Olalla González, A. Gilabert Úbeda. Luxación Cráneo-Cervical en la edad pediátrica. Una entidad catastrófica. En: 32º Congreso SERAM; 22-25 Mayo 2014; Oviedo. • T. Herrada-Pineda, M. Loyo-Varela, F. Revilla- Pacheco, M. Uribe-Leitz, S. Manrique-Guzmán. Luxación traumática occipitocervical y atlantoaxial con fractura del clivus en un paciente pediátrico. Reporte de un caso. Cirugía y Cirujanos. 2015: Vol. 83:135-140. • M. Martí De Gracia, JM. Artigas Martín, A. Vicente Bártulos, M. Carreras Aja. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. Radiología. 2010; Vol 52:105-114.
Pie de foto:	A. RM coronal T2 CUBE: Aumento del espacio entre cóndilos occipitales y las masas laterales del Atlas (flechas azules) y entre C1 y C2 (flechas naranjas). B. Angio-TCMD, reconstrucción sagital: Fractura-luxación del cuerpo de C6 con desplazamiento cráneo-caudal de 18 mm. Aumento del espacio atlo-odontoideo (7 mm) y entre el basion y la odontoides (14 mm). C. RM sagital T2: Sección medular (flecha amarilla). Rotura de los ligamentos longitudinal anterior, longitudinal posterior, amarillo e interespinoso. Hiperseñal T2 en la unión bulbo-medular sugestiva de isquemia aguda (flecha blanca). D. RM sagital STIR: Sección medular completa (flecha amarilla). Hematomas epidural anterior en C6-T2 (flecha verde) y posterior en C6-T7 (flecha roja). Hiperseñal T2 en la unión bulbo-medular sugestiva de isquemia aguda (flecha blanca).