

JOSE PABLO	Nombre:
MARTÍNEZ GONZÁLEZ	Apellido:
CRISTINA CORTÉS LEÓN, MARIA LUISA COLLADO TORRES, LUCÍA GÓMEZ-PIMPOLLO GARCÍA, MARTA ALFAGEME ZUBILLAGA, BEATRIZ BREA ÁLVAREZ	Otros Autores:
<a href="mailto:jose.pablo.martinez.gonzalez@gmail.com">jose.pablo.martinez.gonzalez@gmail.com</a>	E-mail:
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO	Hospital:
MADRID	Ciudad:
NO TODO DÉFICIT MOTOR ES ICTUS	Título:
Mujer de 83 años IABVD con FRCV (DM 2, HTA, coronariopatía) y cáncer de mama intervenido hace más de 10 años fue traída a nuestro centro por déficit motor de instauración brusca. Antecedentes de TCE esa misma mañana sin pérdida de consciencia. A la exploración dificultad para la emisión del lenguaje, dolor cervical y pérdida de fuerza en cuatro extremidades (MMSS 2/5, MMII 2/5). La sospecha inicial fue de patología isquémica cerebral aguda versus patología aguda postraumática. Se realizó radiografía cervical y TC de cráneo sin civ. Placa simple lateral sospechosa de patología traumática. Sin hallazgos significativos en la TC craneal. Decidimos realizar TC cervical y tras los hallazgos RM cervical urgente.	Presentación:
Mediante el estudio TC se estableció el diagnóstico de luxación vertebral subaxial de C4- C5 con componente rotacional del segmento vertebral cervical craneal. Sin líneas de fractura ósea. En la RM de columna cervical se observaron signos de contusión medular a la altura de la luxación, contusión del disco intervertebral C4- C5 y afectación de ligamentos del complejo posterior.	Discusión :
Ante un déficit motor no concordante con un territorio vascular cerebral determinado y antecedente de TCE es mandatorio descartar patología medular cervical traumática. Los signos radiológicos de luxación vertebral incluyen alteración de la alineación de los cuerpos en el plano sagital y de la posición de las carillas interapofisarias con pérdida de su relación articular (inversión de la imagen normal típica "en hamburguesa"). La radiología simple puede orientar el diagnóstico, siendo la TC con reconstrucciones en los tres planos de gran ayuda para valoración de estructuras osteoarticulares y para descartar estenosis del canal medular. Tras un traumatismo con signos radiológicos de afectación vertebral y clínica neurológica compatible es obligada la realización de RM para valorar la integridad de la médula y del complejo ligamentario posterior, que asegura la estabilidad de la columna.	Conclusión:
-A. Flanders. Spine- Cervical Trauma. <a href="http://www.radiologyassistant.nl/">http://www.radiologyassistant.nl/</a> . 2008 Nov. -J. A Toretti, D. K Sengupta. Cervical Spine Trauma. Indian J Orthop. 2007 Oct-Dec; 41(4): 255–267. -T. H Berquist. Imaging of adult cervical spine trauma. Radiographics. 1998 Jul; num 4 vol 8.	Bibliografía:
a) Radiografía simple lateral y b) Reconstrucción sagital TC en ventana ósea de columna cervical: anterolistesis C4-C5 grado II y retropulsión de muro posterior de C5 hacia canal medular condicionando estenosis significativa del mismo. c) Corte axial de TC en ventana ósea: luxación con inversión de la relación de las carillas articulares interapofisarias derechas de C4 y C5. d) Imagen sagital de RM de columna cervical	Pie de foto:

secuencia STIR: contusión medular a nivel del estrechamiento del canal, contusión del disco C4 -C5, solución de continuidad de ligamentos común posterior vertebral y ligamento amarillo, y afectación edematosa de ligamentos interespinosos.	
--	--