



CARTA AL EDITOR

Luxaciones facetarias cervicales subaxiales en el contexto cubano: ¿reducción cerrada o abierta?

Subaxial cervical facet dislocations in the Cuban context: closed or open reduction?

Ernesto Enrique Horta Tamayo¹, **Diana Rosa Ortega-Raez**²

¹Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Hôpital de Référence de Maradi. Maradi. Niger.

²Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín". Holguín. Cuba.

Recibido: 02 de marzo de 2023

Aceptado: 01 de abril de 2023

Publicado: 22 de noviembre de 2023

Citar como: Horta Tamayo EE, Ortega-Raez DR. Luxaciones facetarias cervicales subaxiales en el contexto cubano: ¿reducción cerrada o abierta?. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Año [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e5967. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5967>

Sr. Redactor:

Las luxaciones cervicales postraumáticas suelen acompañarse de déficits neurológicos, sobre todo si son bilaterales. La localización más frecuente son los niveles inferiores de la columna cervical subaxial. El objetivo de la descompresión y reducción tempranas es mitigar las lesiones secundarias, a expensas de aumentar los diámetros del canal raquídeo y disminuir el edema, la isquemia y sus mediadores inflamatorios. Para ello, se proponen los métodos de reducción cerrada y abierta;⁽¹⁾ la selección de uno u otro es una cuestión controvertida.

La reducción cerrada tiene como objetivo devolver el canal a sus dimensiones anatómicas, consiguiendo una alineación normal. Se aceptan dos requisitos para su realización: relajación farmacológica y un estado de conciencia óptimo del paciente, que permita un feedback comunicativo con el cirujano.⁽¹⁾ Si la reducción es tardía, suele ser infructuosa. Como si no hay fractura de las cápsulas articulares, o están "bloqueadas", lo que requeriría un peso excesivo.⁽²⁾

La reducción cerrada puede fracasar en la mitad de los casos, como demuestra un metaanálisis publicado por Keppler et al.⁽³⁾ que incluyó 368 pacientes de 11 estudios. En cambio, la reducción abierta se consiguió en casi el 95 % de los casos.

En cuanto a su seguridad, la incidencia de complicaciones neurológicas permanentes es muy baja, en general del 1 %.⁽²⁾

Sin embargo, incluso después de lograr con éxito una reducción cerrada, el paciente debe recibir cirugía para estabilizar el segmento vertebral afectado, lo que lleva a muchos a preferir su uso justo antes de la cirugía.⁽⁴⁾ Otro inconveniente de este procedimiento es la necesidad de seguimiento clínico-radiológico durante su realización.⁽⁵⁾

Muchos investigadores sugieren la obtención de imágenes de RM antes de la reducción cerrada (secuencia única sagital T2 para reducir el tiempo de la misma),⁽²⁾ lo que se acompaña de un riesgo añadido en la movilización y retrasos en el tratamiento quirúrgico. La disponibilidad para realizar este estudio es muy limitada en países de bajos ingresos.⁽⁴⁾

En 2018, la Sección de Columna de la Sociedad Alemana de Ortopedia y Traumatología, recomendó la reducción cerrada por personal especializado, bajo control fluoroscópico, lo antes posible. Si fracasaba, proponía hacer una reducción abierta por abordaje anterior. En el caso de seleccionar inicialmente una vía posterior, es requisito imprescindible obtener una resonancia magnética previa.⁽⁶⁾

Adoptando una postura similar, en 2020, el Comité de Columna de la Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía recomendó la reducción cerrada precoz mediante tracción, excepto si el paciente está inconsciente. Si la reducción cerrada fracasa, sugieren la reducción abierta inmediata.⁽²⁾

Con respecto a la reducción abierta, hay dos opiniones fundamentales: los que la prefieren inicialmente y los que la realizan tras el fracaso de la reducción cerrada.⁽²⁾ En pacientes neurológicamente intactos, se recomienda la primera opción.⁽⁶⁾

Tras este paso, la aplicabilidad del abordaje anterior para la descompresión quirúrgica está bien aceptada.⁽⁴⁾ Durante este abordaje, las clavijas vertebrales de Caspar, o los retractores tipo Cloward, pueden utilizarse para aplicar fuerzas de distracción y liberar las facetas bloqueadas en la mayoría de los casos. En raras ocasiones no se puede conseguir la alineación de esta forma. De ser así, sería necesario un abordaje posterior.^(1,2,5)

Algunos autores han publicado que los casos con lesiones motoras incompletas han mostrado una mayor tasa de éxito de la reducción cerrada,⁽⁷⁾ sugiriendo que los pacientes con déficit motor total deberían recibir tratamiento quirúrgico inicial.^(2,7)

Sin embargo, es lógico deducir que a mayor traslación, mayor deformación medular y mayor afectación neurológica. Además, no se tuvo en cuenta el tiempo empleado en el procedimiento para conseguir una correcta alineación (de tres a 10 minutos entre cada aumento progresivo de peso, comenzando con 4,5 kg hasta un máximo de 60 kg),⁽⁵⁾ por lo que teniendo en cuenta su baja tasa de éxito en comparación con la reducción abierta,⁽²⁾ puede ser un tiempo vital perdido.

No existen estudios de cohorte en la región sobre el uso de técnicas de reducción cerradas o abiertas. Cuba no escapa a este escenario. En nuestro país, aunque existen centros de cirugía de columna en las 14 provincias y el municipio especial, los reportes científicos sobre fracturas cervicales son escasos. No obstante, se realiza un rápido traslado de estos pacientes a centros especializados y cirugía de estabilización y descompresión precoz (antes de las primeras 24-48 horas del trauma) independientemente del grado de lesión neurológica (completa o incompleta).

Por otro lado, la obtención de imágenes de RM en el contexto de una lesión medular traumática es realmente anecdótica, propia de países de renta baja.⁽⁴⁾

Si tenemos en cuenta la superioridad mostrada por el abordaje anterior frente al posterior, para mantener la alineación,⁽³⁾ consideramos que la reducción cerrada quedaría objetivamente relegada, en nuestro caso, al uso prequirúrgico. Sin embargo, en aquellas situaciones excepcionales en las que exista un retraso en la cirugía de fijación (disponibilidad de implantes, lesiones asociadas, etc.) tendría un valor añadido, permitiendo una restitución del espacio, hasta que el paciente reciba la intervención quirúrgica definitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Petrone B, Dowling TJ. Cervical Dislocation. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 20/03/2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557528/>
2. Zileli M, Osorio-Fonseca E, Konovalov N, Cardenas-Jalabe C, Kaprovoy S, Mlyavykh S, et al. Early Management of Cervical Spine Trauma: WFNS Spine Committee Recommendations. Neurospine [Internet]. diciembre de 2020 [citado 24/02/2023];17(4): 710-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7788428/>
3. Kepler CK, Vaccaro AR, Chen E, Patel AA, Ahn H, Nassr A, et al. Treatment of isolated cervical facet fractures: a systematic review. J Neurosurg Spine [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 20/03/2023]; 24(2): 347-54. Disponible en: <https://thejns.org/spine/view/journals/j-neurosurg-spine/24/2/article-p347.xml>
4. Tamayo EH, González LCA, Ramayo AM. Reducción, estabilización interna y fusión por vía anterior en luxaciones cervicales subaxiales. MediCiego [Internet]. 14 de marzo de 2023 [citado 15/03/2023]; 28(1): e2867. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2867>
5. Mubark I, Abouelela A, Hassan M, Genena A, Ashwood N, Mubark I, et al. Sub-Axial Cervical Facet Dislocation: A Review of Current Concepts. Cureus [Internet]. 8 de enero de 2021 [citado 20/03/2023]; 13(1): e12581. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/49288-sub-axial-cervical-facet-dislocation-a-review-of-current-concepts>
6. Schleicher P, Kobbe P, Kandziora F, Scholz M, Badke A, Brakopp F, et al. Treatment of Injuries to the Subaxial Cervical Spine: Recommendations of the Spine Section of the German Society for Orthopaedics and Trauma (DGOU). Glob Spine J [Internet]. septiembre de 2018 [citado 20/03/2023]; 8(2 Suppl): 25S-33S. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6130109/>
7. Branche MJ, Ozturk AK, Ramayya AG, McShane BJ, Schuster JM. Neurologic Status on Presentation as Predictive Measurement in Success of Closed Reduction in Traumatic Cervical Facet Fractures. World Neurosurg [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 20/03/2023]; 114: e344-349. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187887501830456X>

Conflict of interests

The authors have no conflict of interest.