

FRACTURA VERTEBRAL TRAS CRISIS COMICIAL COMPLEJA

Dra. Irene Coscollar Escartín¹ / Dr. Emilio C. López Soler¹ / Dra. Ariana Fuertes Vallcorba²

¹ Facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Facultativo Especialista de Área Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 45 años con antecedentes de epilepsia, aunque sin tratamiento desde hace 2 años por decisión propia. Es llevado a urgencias tras un cuadro de movimientos tónico-clónicos con mordedura de lengua sin relajación de esfínteres, de varios minutos de duración, con periodo posterior de disartria y desorientación que recupera paulatinamente. La crisis se produjo mientras conducía su coche, pero le dio tiempo a detener el vehículo y no sufrió accidente de tráfico ni traumatismo alguno. A la exploración no hay nada destacable y las imágenes del TAC cerebral no muestran hallazgos de interés. Tras varias horas de observación en urgencias el paciente no vuelve a presentar clínica neurológica. Sí refiere dolor a nivel lumbar que no presentaba antes, y que precisa analgesia endovenosa. Se decide alta con tratamiento anticomicial y analgésico.

Varios días después el paciente acude de nuevo por persistencia del dolor lumbar que no mejora con tratamiento analgésico, antiinflamatorio y relajante muscular. Deambula con normalidad, sin déficits sensoriales en extremidades. Se realiza radiografía de columna lumbar y se aprecia fractura de cuarta vértebra lumbar, que se confirma mediante TAC. Éste muestra una fractura en estallido de dicha vértebra con disminución del altura del 30% y afectación del 20% del muro posterior. El paciente ingresa en el servicio de Traumatología y

posteriormente se traslada a la Unidad de Columna del H. Miguel Servet. Allí se realiza una artrodesis posterior L3-L5 con tornillos, con evolución clínica satisfactoria. Tras control radiográfico correcto el paciente es dado de alta con analgesia vía oral y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Se han implicado varios factores que pueden contribuir al aumento del riesgo de fracturas en los pacientes con epilepsia, como los traumatismos que se producen durante las crisis comiciales, la utilización de fármacos antiepilépticos que se han asociado al desarrollo de osteoporosis y, por último, el déficit de exposición solar y de actividad física que presentan los pacientes epilépticos institucionalizados.

La incidencia de fracturas vertebrales producidas por las contracciones musculares durante las crisis comiciales complejas no es elevada. Sin embargo debemos tenerlo presente en la valoración de este tipo de pacientes tras una crisis, principalmente si refieren dolor a nivel de la columna vertebral, incluso en ausencia de traumatismo. En estos pacientes, las fracturas se localizan principalmente en la columna dorsal. Son más frecuentes en aquellos que inician las crisis en la edad adulta, en los que sufren ataques durante el sueño o durante los status epilépticos.



Fig. 1. Radiografía simple. Fractura 4ª vértebra lumbar.



Fig. 2. TAC columna lumbar. Fractura en estallido de L4.

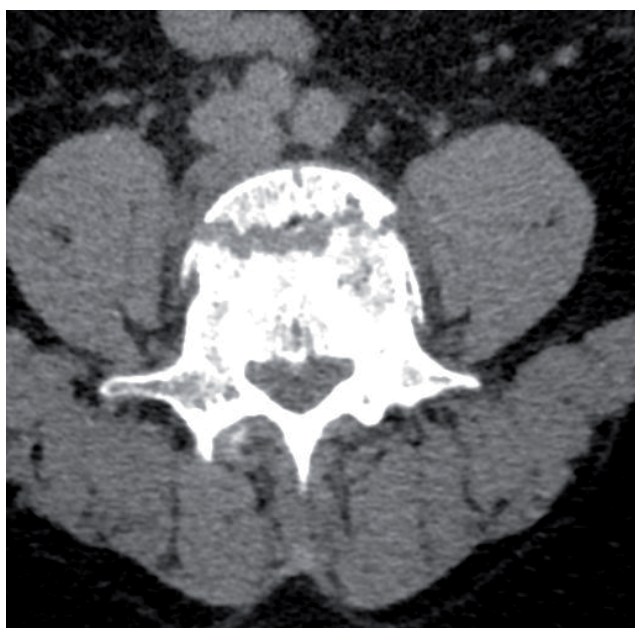


Fig. 3. Radiografía simple tras artrodesis.