

# FRACTURA DEL AHORCADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

João Carlos Seixas, João P. Leite Moreira, Vítor Pinheiro, Manuel Caetano, Carlos Jardim  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal



## INTRODUCCIÓN

- La fractura de Hangman (C2) representa aproximadamente 20% de todas las fracturas cervicales.
- Resulta de la hiperextensión/distensión de la columna cervical superior, lo que provoca la rotura simétrica del eje a través de sus pedículos o masas laterales y puede afectar el cuerpo de las vértebras.
- Son casos desafiantes y no hay consenso sobre el tratamiento óptimo quirúrgico vs no quirúrgico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

 Hombre de 88 años, sin comorbilidades.

 Traumatismo directo por una caída desde su propia altura.

 Ingresó a nuestro hospital (Centro de Trauma - Nivel I) y se realizó una TC Cervical (Figura 1).

 Diagnosticado con una fractura inestable de Hangman, tipo III de Levine-Edwards

 Fue inicialmente sometido a tracción cervical con unas tenazas de Gardner-Wells (Figura 2).

 Después de la evaluación por un equipo multidisciplinario especializado, se decidió la intervención quirúrgica.

 A través de un abordaje posterior y se realizó una fijación occipitocervical con placa occipital y tornillos en las masas laterales de C3-C4-C5 con el sistema de sinapsis occipicio de Depuy Synthes (Figura 3).

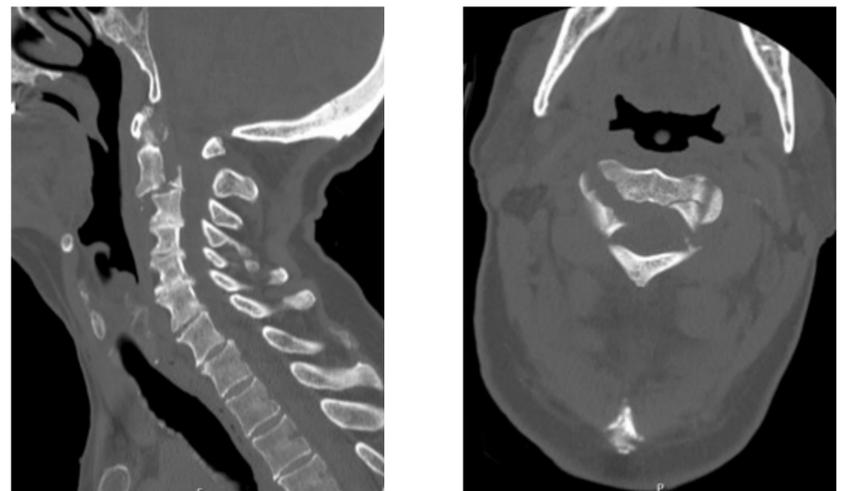


Figura 1: TC Cervical.



Figura 2: Gardner -Wells.



Figura 3: Rx postoperatorio

## RESULTADOS CLÍNICOS

- El paciente, con un estado neurológico intacto, se colocó de pie y caminó al 2º día postoperatorio con un collar de Zimmer
- Fue dado de alta al 10º día postoperatorio.
- A los 6 meses, el paciente estaba clínicamente bien, siendo capaz de levantarse y realizar sus tareas diarias con un collar cervical; y la radiografía mostró una fusión y alineación adecuadas.

## DISCUSIÓN

- Las fracturas de tipo III de Levine-Edwards son muy raras y pueden tener déficits neurológicos debido al pinzamiento debido a la dislocación de la faceta en la médula espinal posterior.
- La inestabilidad, el alto riesgo de no unión, dolor persistente y la necesidad de un período prolongado de inmovilización con halo nos llevó a decidir por la fusión posterior occipitocervical.
- La fusión occipitocervical posterior con placa occipital y tornillos en las masas laterales de C3-C4-C5 con el sistema synapse occipicio de Depuy Synthes resultó en un resultado satisfactorio, tanto clínica como radiológicamente en este caso.

