



# **Radiología de las urgencias musculoesqueléticas.**

**Dr. José Martel**

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

## LA COLUMNA CERVICAL

- La mayoría de las veces no está indicado el estudio radiológico (traumatismos banales con ausencia de clínica)
- La radiología simple debe comprender:
  - Lateral donde se visualice desde la base del cráneo al espacio C7-T1 sin quitar el collarín
  - AP
  - AP boca abierta para valorar odontoides (opcional)
- La mayoría de las fracturas se localizan en C1-C2 y en C5-C7
- En ciertas circunstancias la prueba que hay que hacer directamente es una TC

## ¿CÓMO SE INTERPRETAN?

- **Hay seis preguntas que tenemos que responder:**
  1. ¿Está la placa bien hecha?
  2. ¿Existe una buena alineación?
  3. ¿Cómo están los cuerpos vertebrales?
  4. ¿Y las articulaciones?
  5. ¿Y los espacios discales?
  6. ¿Veo alteraciones en partes blandas?

ABCDS

## CUÁNDO NO HAY QUE HACER NADA

- Ausencia de dolor en la línea media posterior del cuello
- No hay déficit neurológico
- Nivel de conciencia normal
- No hay evidencia de intoxicación
- No existe otra herida dolorosa que pueda enmascarar el dolor cervical

## THE CANADIAN C-SPINE RULE

- **Primera cuestión**

- ¿Tiene más de 65 años?
- ¿Tiene parestesias en las extremidades?
- Accidente de alta energía

- **Segunda cuestión**

- Accidente de baja energía
- Viene ambulante
- ¿Está sentado en la sala de espera?
- No tiene dolor en línea media
- Dolor cervical de aparición progresiva

- **Tercera cuestión**

- ¿Puede girar la cabeza 45° a un lado y otro?

## CUÁNDO HAY QUE HACER UN TAC

- **Datos iniciales (de mosquito)**
  - Accidente de coche a más de 60 Km/h
  - Caída de más de 3 m.
  - Accidente con muertos o heridos graves
- **Datos derivados de la exploración clínica inicial**
  - Herida llamativa en la cabeza
  - Síntomas o signos neurológicos
  - Fractura de la pelvis y/o piernas

La presencia de cualquiera de estos parámetros coloca al paciente en un situación de alto riesgo (>5%) de sufrir fractura o lesión cervical significativa.

## PECULIARIDADES DE LA COLUMNA INFANTIL

- Existen muchas variantes
- El espacio atloaxoideo es mayor
- C2-C3 y C3-C4 pueden presentar una subluxación fisiológica
- No existe lordosis fisiológica
- Los centros de osificación pueden simular fracturas
- Las partes blandas prevertebrales pueden estar aumentadas por el efecto de la espiración

## COLUMNA DORSOLUMBAR

- 6% tiene lesión
- Sobre todo, unión dorsolumbar (T12-L2)
- Más riesgo en ancianos
- Casi el 40% tienen más de una lesión
  - Y un tercio en otra vértebra distinta de las adyacentes
- Si se observa fractura, suele ser necesario realizar una TC

## LA EXTREMIDAD SUPERIOR

- **Cintura escapulohumeral**

- Se lesiona con frecuencia
- Jóvenes: fractura de clavícula
- Ancianos: fractura húmero
- La luxación se ve favorecida por las características de la articulación glenohumeral
- La fractura de escápula es difícil de ver

## CODO

- **Podemos verlas en cualquier edad pero son más frecuentes en niños**
- **Muchas veces los hallazgos radiológicos son sutiles**
  - Los desplazamientos de líneas grasas puede ayudar
  - ...e, indudablemente, la clínica y la exploración
- **Una buena Rx lateral es imprescindible**

## ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO

- Las fracturas más frecuentes son las de falanges, metacarpos y radio
- Dentro del carpo, el hueso que más se afecta es el escafoides
- Una buena exploración nos dirá qué tipo de RX hay que hacer (a veces hay que mirar el codo)

26

## PELVIS

- Las fracturas de la pelvis pueden ser difíciles de diagnosticar: la proyección lateral no da información útil
- Pueden asociarse a hemorragia importante o a lesiones de vejiga y uretra
- Hay que mirar bien todas las líneas buscando asimetrías
- En caso de duda, recurrir al TC

## CONCLUSIÓN

- La **exploración clínica** es fundamental
- Las radiografías deben ser, anatómicamente, lo más selectivas posibles. Reservad la Rx de dos articulaciones para casos de duda tras la exploración
- Siempre exigir una **buena calidad** y **DOS proyecciones ortogonales**
- Si nos quedan dudas, solicitud proyecciones adicionales (oblícuas, axiales,..según la región anatómica)
- En niños, puede ser útil comparar con el miembro sano
- El **LIBRO DE VARIANTES** es nuestro aliado

## CONCLUSIÓN

- Realizar una lectura sistemática de la placa
  - Alineación
  - Características del hueso
  - Espacio articular
  - Partes blandas. Muchas veces la afectación de partes blandas es lo más patente y nos hace sospechar lesión ósea

## CONCLUSIÓN

- **En los traumatismos de columna hay que ser muy cuidadosos si:**
  - El paciente es mayor de 65 años
  - El accidente es de alta energía
  - Hay clínica neurológica
  - Hay una herida llamativa en cuello/cabeza
  - Hay fractura de pelvis y/o extremidades
  - **Conocer la regla canadiense y los supuestos en los que hay que solicitar TC**
- **En la pelvis debemos valorar muy bien al paciente ¡sangrado importante!. También por lesiones vesicales y uretrales**
- **En ciertos casos, está indicado hacer un TC**
  - Una vez vista la fractura en aquéllas que afectan a la columna vertebral, pelvis (politrauma) y acetábulo
  - En otras localizaciones cuando los datos del tac tengan valor para determinar si el tratamiento es quirúrgico o conservador
  - Cuando hay alta sospecha de que exista fractura pero no se detecte en la RX simple