

Caso clínico - Trauma vertebromedular

- E.S.P de 28 anos, vítima de acidente moto vs. carro em esquina de alta velocidade há 30min;
- Sem avulsão, sofreu queda direta ao solo sem rolagem, sobre o glúteo direito;
- Nega perda de consciência, náuseas e vômitos;
- Queixa-se de dor lombar.
- Nega comorbidades, medicamentos de uso contínuo e alergias;
- Última anti-tetânica há um ano.

XABCDE

- X - Sem sangramentos ativos;
- A - Via aérea pérvia, palpação cervical indolor. Movimentação passiva do pescoço ampla e indolor;
- B - MV simétricos, sem RA, expansibilidade preservada, tórax indolor à palpação, satO2 96%;
- C - Pulsos cheios bilaterais radiais e pediosos, sem sinais de peritonite, pelve estável, FC 84bpm e TEC < 3s em MMII;
- D - Glasgow 15. Mobiliza ambos membros. Refere dor em MID proximal, limitante do movimento;
- E - Sem estigmas e lesões cranianas, torácicas ou abdominais. Dor na palpação lombar. Desconforto na mobilização pélvica. Escoriação em face lateral de coxa direita. Sensório preservado em ambos MMII;
- FAST - Todas janelas negativas.

Conduatas

Retiro colar cervical;

Solicitada tomografia de crânio, tórax, abdome e de coluna.



Jefferson T. - IHDF Trauma - PSCirGeral

Demais tomografias

- Cabeça sem sugestão de lesões hemorrágicas, fraturas ou contusão;
- Cisternas encefálicas patentes, linha média centrada, sem desvios;
- Sulcos e giros cerebrais de aspecto normal, relação cortico-subcortical preservada;
- Tórax e abdome normais.

Neurocirurgia IHBDF

- Lesão complexa lombar em L2.
- Explosão de L2 com múltiplos fragmentos de corpo, lâminas e processos vertebrais, com descontinuidade cortical, múltiplos fragmentos, comprometimento do canal vertebral e retropulsão de fragmentos.
- Internação pela UNC;
- Avaliação da equipe de coluna;
- Analgesia, hidratação de manutenção e tenoxicam.

Trauma vertebromedular

- Dos pacientes com TCE, 5% tem TVM;
- 55% cervicais, 15% torácicas, 15% lombares e 15% lombossacrais;
- A movimentação pós-trauma e a manipulação excessiva associadas a piora do quadro;
- A piora dos sintomas ou até mesmo seu surgimento geralmente se dá após o atendimento no DE;
- O exame da coluna pode ser adiado no paciente corretamente imobilizado;

B

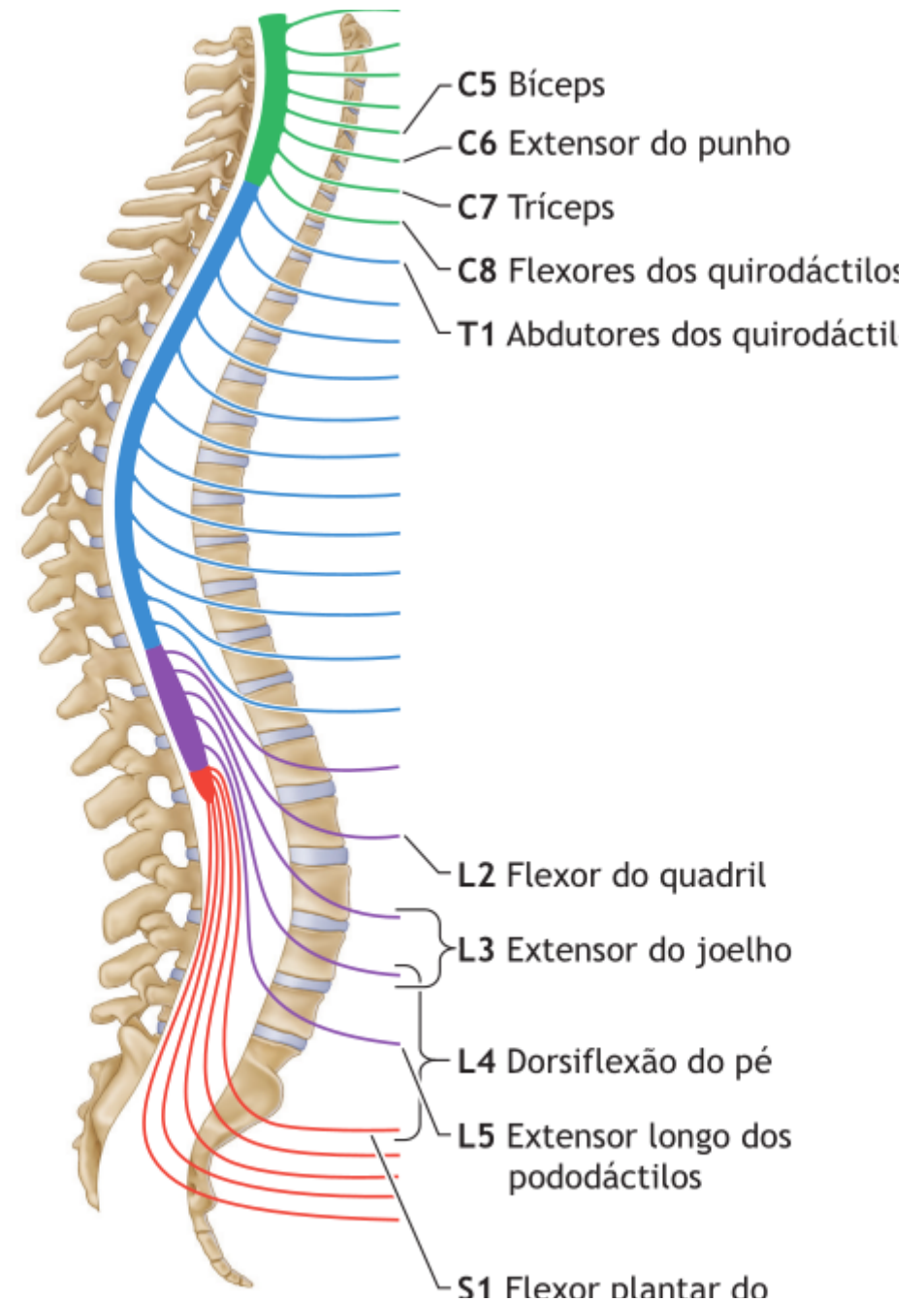
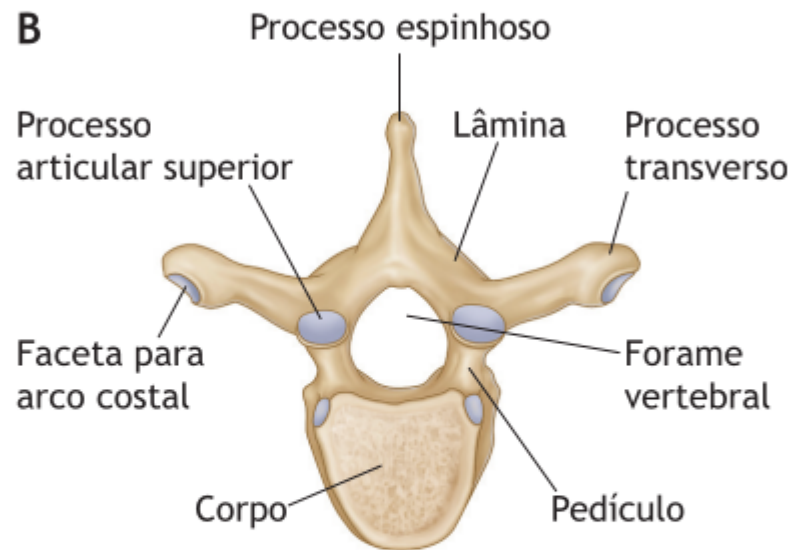
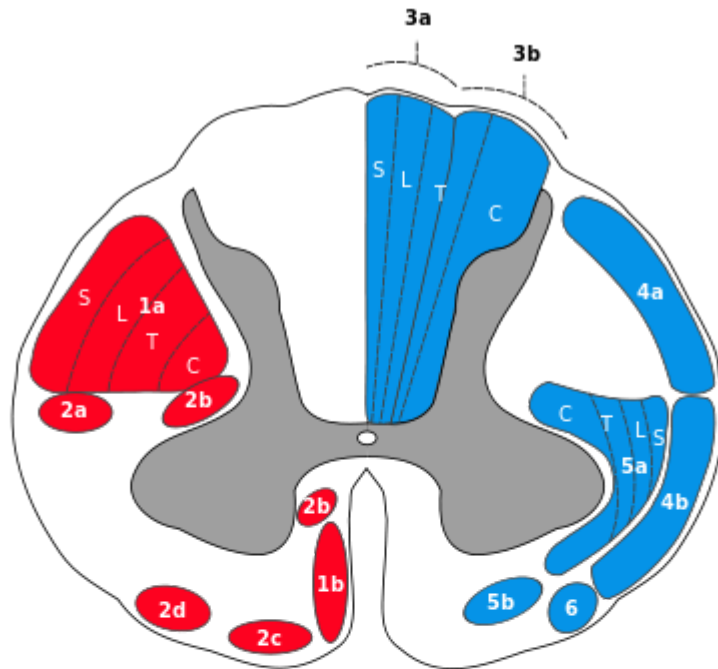


TABELA 7-1 AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS TRATOS DA MEDULA ESPINHAL

TRATO	LOCALIZAÇÃO	FUNÇÃO	AVALIAÇÃO
Córtico-espinhal	Face póstero-lateral da medula	Força motora ipsilateral	Contratura voluntária ou involuntária em resposta aos estímulos dolorosos
Espino-talâmico	Face anterolateral da medula	Sensação dolorosa e de temperatura contralateral	Estímulo com agulha
Colunas dorsais	Face póstero-medial da medula	Propriocepção, vibração e sensação de toque suave ipsilateral	Sensação da posição dos dedos do pé ou da mão, ou pela sensação de vibração causada por um diapasão



**Vias motoras e descendentes (eferentes)
(esquerda, em vermelho)**

- 1. Tratos piramidais**
 1a. Trato corticoespinhal lateral
 1b. Trato corticoespinhal anterior
- 2. Tratos extrapiramidais**
 2a. Trato rubroespinhal
 2b. Trato reticuloespinhal
 2c. Trato vestibuloespinhal
 2d. Trato olivo-espinhal

Abrev.:

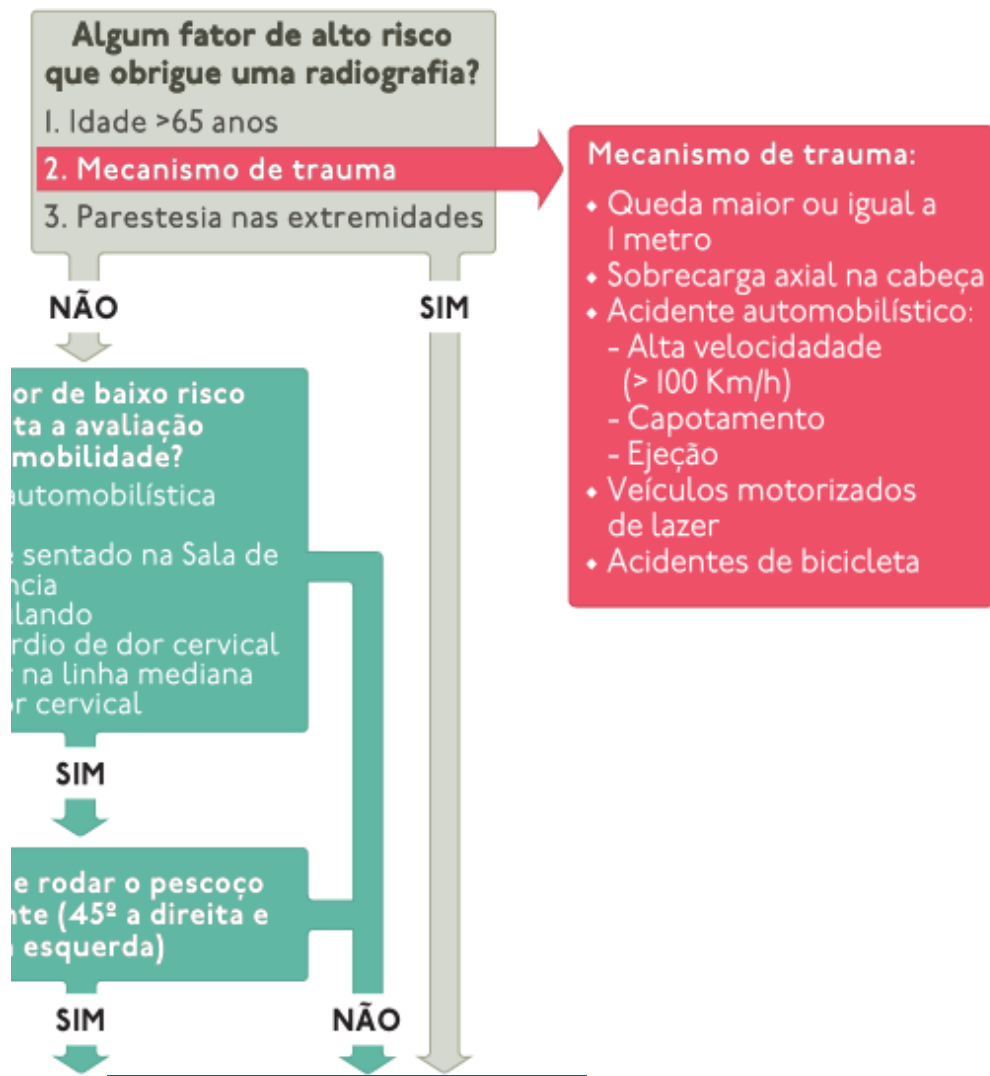
S: Sacral, **L:** Lombar
T: Torácico, **C:** Cervical

**Vias sensoriais e ascendentes (aferentes)
(direita, em azul)**

- 3. Sistema coluna dorsal-lemnisco medial**
 3a. Fascículo gracil
 3b. Fascículo cuneiforme
- 4. Tratos espinocerebelares**
 4a. Trato espinocerebelar posterior
 4b. Trato espinocerebelar anterior
- 5. Sistema antero-lateral**
 5a. Trato espinotalâmico lateral
 5b. Trato espinotalâmico anterior
6. Fibras espiño-olivares

Canadense da Coluna Cervical (Canadian C-Spine Rule - CCR)

Para pacientes conscientes (ECG = 15) e estáveis aonde há suspeita de lesão cervical



Jefferson T. - IHBDT Trauma - PSCirGeral

National Emergency X-Radiography Utilization (NEXUS) Criteria - Critérios NEXUS

Apresenta **TODOS** os critérios de baixo

1. Sem dor na linha mediana posterior da coluna e...
2. Sem evidência de intoxicação exógena e...
3. Nível normal de consciência e...
4. Sem déficit neurológico focal e...
5. Nenhuma lesão grave (distração)

SIM

Sem Radiografia

NÃO

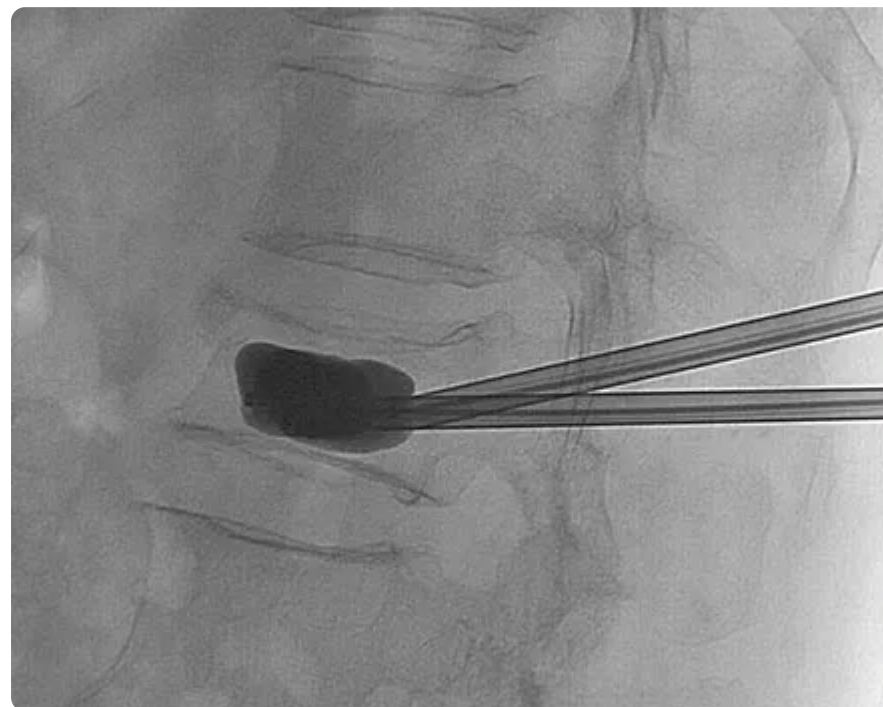
Radiografia

Mnemônico NEXUS

- N**- Neurologic déficit
déficit neurológico
- E**- EtOH (alcohol)/intoxication
álcool/intoxicação
- X**- eXtreme distracting injury(ies)
lesões graves que causam distração
- U**- Unable to provide history (altered level of consciousness)
incapaz de relatar seu histórico (nível de consciência)
- S**- Spinal tenderness (midline)
sensibilidade na coluna (linha média)

Complicações

- Choque neurogênico - hipotonia vasomotora por perda simpática (torácico);
- Choque medular - flacidez por queda no tônus muscular imediatamente após o trauma, evoluindo com espasticidade;
- Paraplegia (torácica) e tetraplegia (cervical);
- Considera-se que todos níveis abaixo da lesão traumática sofreram lesão incompleta até prova contrária;
- Cervicais - déficit neurológico importante, forame maior. Até 10% das fraturas de cervical acompanham outra não contígua em qualquer segmento;
- Torácicas - risco maior de choque neurogênico e geralmente isoladas. Pela rigidez da caixa torácica, costumam ser estáveis, mas pelo início do afunilamento do forame, são geralmente completas.
- Lombares - por afetarem apenas a cauda equina, costumam resultar em lesões incompletas e déficits compostos.





Referências

1. HENRY, S. M. D.; MONIQUE, D. Atls advanced trauma life support 10th edition student course manual, 10e. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, [Place of publication not identified], 2018.