

**18°** Congreso Internacional de Diagnóstico por imágenes de Córdoba 25, 26 y 27 de Mayo, 2022. Hotel Holiday Inn

**45°** Encuentro de Residentes

**9°** Congreso de Bioimágenes

AUTORES:

DRA. FUCHO CINTHIA LORENA,  
DR. MORALES JUAN IGNACIO,  
DR. CÁMARA HÉCTOR ALFREDO.

# DISOCIACIÓN CRÁNEO-CERVICAL



Calidad en Salud.



CÓRDOBA, ARGENTINA , MAYO 2022

# Caso:

- Paciente masculino 49 años, ingresa por aplastamiento con chapas y trauma cervico-torácico. Se realiza TC cráneo-cervical y tórax, objetivándose aumento del espacio occipito-atloideo con hematoma prevertebral, hematoma subdural intraraquideo e hipodensidad bulbomedular.



FIGURA I. Paciente en tomografía multicorte, con fijación externa pos visualización de aumento del espacio cráneo-cervical en escanograma.



FIGURA III. Se observa incremento del intervalo basión-dentario (clivus-odontoides) se encuentra incrementado: 27,65mm (VN<12mm)

FIGURA VII. CTANGIO que muestra importante hematoma prevertebral , hematoma epidural posterior cráneo-cervical, asociados con marcada hipodensidad y deformidad pontobulbomedular.

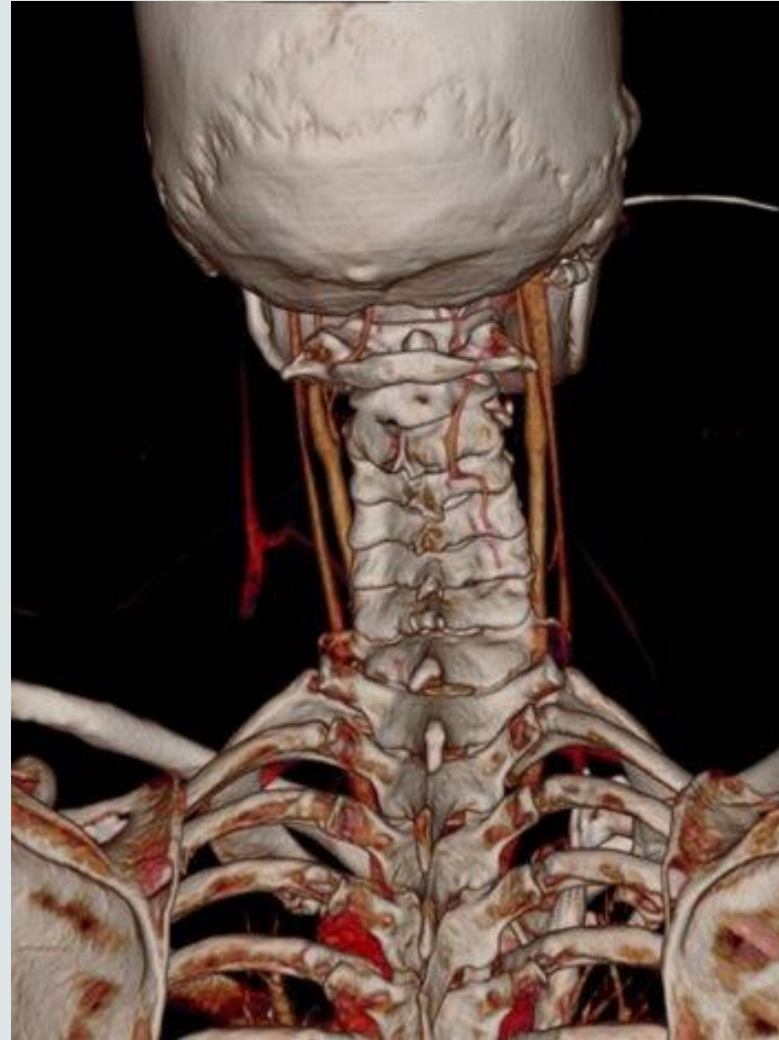
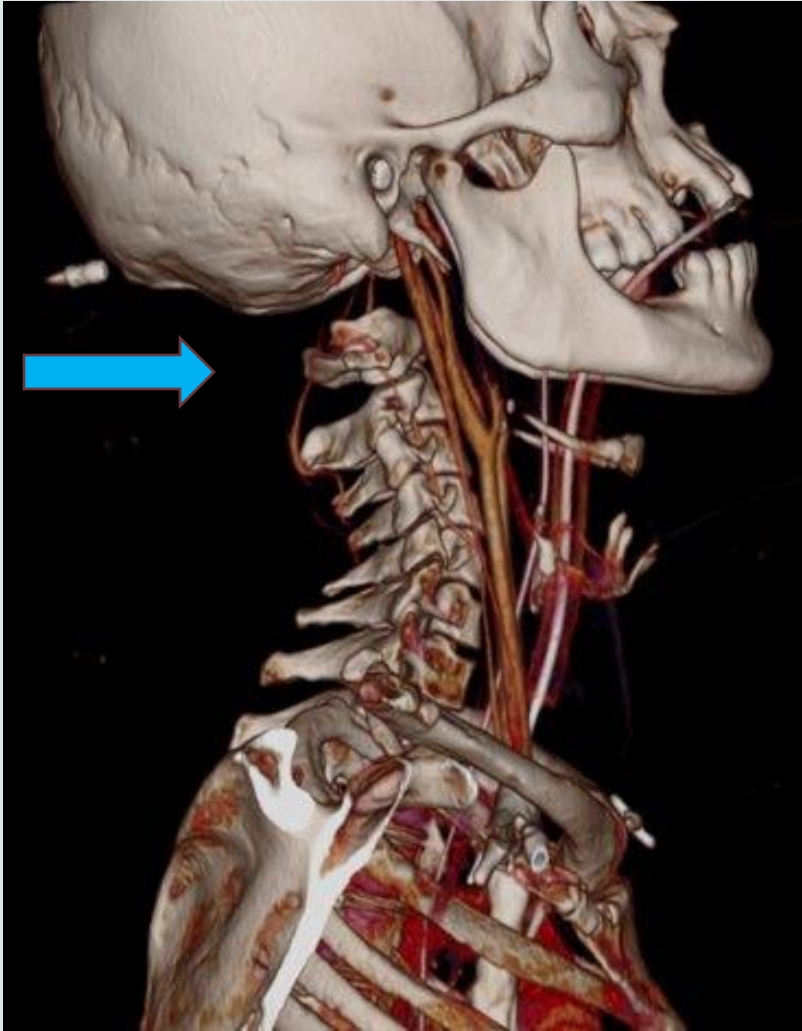


FIGURA II. Reconstrucción 3D cráneo cervical lateral y posterior, donde se observa aumento del espacio espacio occipito-atloideo.

## Discusión:

- Disociación cráneo-cervical se produce por disrupción de los ligamentos que unen el cráneo con la columna cervical y se asocia con trauma grave de cráneo o cuello. (1-2)
- Es de incidencia baja y su presentación más frecuente es paro cardio-respiratorio, por lo que su diagnóstico habitualmente se realiza post mortem.
- El cuadro clínico, puede variar desde un estado neurológico intacto con dolor agudo occipito-cervical, hasta diplejía braquial, cuadriplejía, apnea, hipotensión arterial, parálisis de los nervios craneales VI, IX y XII, síndrome de Brown-Séquard, síndrome central medular, así como síntomas vasculares por compresión de las arterias vertebrales. (6-7)
- El diagnóstico y la clasificación se basan en los hallazgos por imágenes, principalmente mediante TC, radiografías y resonancia magnética. Existen varias clasificaciones diferentes de dislocaciones occipito-atloideas (Traynelis-Bellabarba 1-2-3).

## Conclusión:

La disociación cráneo-cervical se produce secundariamente a una disrupción grave de los ligamentos que conectan el cráneo a la columna cervical. El diagnóstico depende del análisis detallado de las imágenes, que permiten clasificar el tipo lesional con el objetivo de guiar el tratamiento específico. Su incidencia es < al 1 % de los traumas cervicales y con elevada morbi-mortalidad. El 80 % de mortalidad está relacionado con BDI  $\geq 16$  mm. El mecanismo lesional más frecuente está relacionado con colisiones vehiculares y atropellamientos.

## Bibliografía:

- (1) Garrett M, Consiglieri G, Kakarla Reino Unido, et al. Occipitoatlantal dislocación. Neurocirugía. 2010 Mar; 66 (Suppl 3): 48-55.
- (2) Greenberg MS. Manual de Neurocirugía. Sexta Edición. Nueva York: Thieme de 2006. Capítulo 25.
- (3) Deliganis AV, Mann FA, Grady MS. Diagnóstico y tratamiento de una disociación atlantooccipital traumática rápida. AJR Am J Roentgenol. 1998 Oct; 171 (4): 986.
- (4) Traynelis VC, Marano GD, Dunker RO, et al. Traumática luxación atlanto-occipital. Caso clínico. J Neurosurg. 1986 diciembre; 65 (6): 863-70.
- (5) Bellabarba C, Mirza SK, West GA, et al. Diagnóstico y tratamiento de la luxación craneocervical en una serie de 17 sobrevivientes consecutivos durante un período de 8 años. J Neurosurg Spine. 2006 Jun; 4 (6): 429-40.
- (6) Cuerno EM, Feiz-Erfan I, Lekovic GP, et al. Los sobrevivientes de lesiones dislocación occipitoatlantal: imágenes y correlatos clínicos. J Neurosurg Spine. 2007 Feb; 6 (2): 113-20
- (7) Cooper, Zara, Joel A Gross, J Matthew Lacey, Neal Traven, Sohail K Mirza, y Saman Arbabi. 2010. Identifying survivors with traumatic craniocervical dissociation: a retrospective study. The Journal of Surgical Research 160, n°. 1 (Mayo 1): 3-8. doi:10.1016/j.jss.2009.04.004

**iGracias!**