MECP | MEDICAL EDUCATION & CLINICAL PRACTICE

Luxación mono facetaria cervical y síndrome centro medular

Cervical unilateral facet dislocation and central cord syndrome

Nohelia Leaño Quiroga[1], David Gardeazabal[1], Luis Fraija[1], Anthony Jesus Rivero Ramirez[2]

[1] Hospital Santa Barbara, Sucre, Bolivia.
[2] Hospital UNIVALLE Norte, Cochabamba, Bolivia.

Estimado editor,

Las luxaciones facetarias cervicales son lesiones traumáticas que pueden asociarse con inestabilidad vertebral, herniación discal y compromiso neurológico. La identificación de estas lesiones mediante estudios de imagen es importante para orientar las decisiones terapéuticas, particularmente cuando existe compresión medular [1,2]. El síndrome medular central es una forma de lesión medular incompleta caracterizada por un déficit motor de mayor intensidad en los miembros superiores que en los inferiores, acompañado de alteraciones sensitivas variables [3].

En este contexto, presentamos el caso de un paciente con luxación monofacetaria cervical C4–C5, herniación discal traumática y síndrome medular central, en el que se realizó descompresión y estabilización quirúrgica por abordaje anterior. Su comunicación busca destacar la importancia de integrar los hallazgos clínicos e imagenológicos para orientar el manejo de estas lesiones.

Se presenta el caso de un varón de 46 años, previamente sano y sin antecedentes patológicos relevantes ni historia de dolor cervical crónico, que sufrió un accidente de tránsito con volcadura de vehículo. Durante el accidente, impactó la región cervical posterior contra superficie dura dentro del vehículo, lo que produjo un mecanismo de hiperflexión de columna cervical. Posteriormente, permaneció consciente y orientado (escala de Glasgow: 15 puntos), y presentó dolor cervical agudo e intenso acompañado de déficit motor progresivo, predominante en los miembros superiores.

En el examen físico y neurológico al ingreso, se evidenció dolor cervical severo con contractura paravertebral y limitación dolorosa de la movilidad, tetraparesia progresiva, con mayor compromiso motor proximal y distal en miembros superiores (2/5 en la escala de Daniels) respecto a miembros inferiores (4/5 Daniels), y escala ASIA inicial grado C.

Se solicitaron estudios de imagen. La radiografía cervical lateral evidenció pérdida de alineación fisiológica del cuerpo de C5 con respecto a C4. La tomografía computarizada (TC) de columna cervical evidenció una luxación monofacetaria derecha a nivel C4–C5 con desalineación vertebral y compromiso del canal raquídeo. Al evidenciarse posible compromiso de médula espinal que se confirmaba con la clínica, se solicitó una resonancia magnética que demostró una herniación aguda traumática del núcleo pulposo C4–C5 con compresión anterior del saco dural, edema medular central e hiperintensidad intramedular en secuencia T2 compatible con síndrome medular central. A partir de los hallazgos clínicos e imagenológicos, se estableció el diagnóstico final de luxación mono facetaria cervical C4–C5 y síndrome centromedular, secundario a lesión medular traumática.

La intervención quirúrgica se realizó a los cuatro días posteriores al accidente. Se efectuó una reducción abierta de luxación cervical por abordaje cervical anterior izquierdo, discectomía cervical a nivel C4–C5, seguida de fijación intersomática con caja de polieteretercetona (PEEK). Posteriormente, se colocó una placa cervical anterior con cuatro tornillos para estabilización del segmento intervenido, el procedimiento transcurrió sin complicaciones.

Historial del artículo
Recibido: 26 de Agosto de 2026
Revisado por pares
Aceptado: 29 de Octubre de 2026
En línea: 5 de Noviembre de 2026

Como citar el artículo
Leaño Quiroga N, Gardeazabal D, Fraija L, Rivero Ramirez AJ. Luxación mono facetaria cervical y síndrome centro medular. Med Educ Clin Pract. 2026;1(4):e038. doi: 10.21142/mecp.2026.1.4.e038.

***Correspondencia**
Anthony Jesus Rivero Ramirez
anthorivero3678@gmail.com

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

En el postquirúrgico inmediato se realizó una TC de columna cervical en la cual se evidenció un correcto posicionamiento de PEEK, placa de fijación y tornillos. La RMN post quirúrgica, que se le realizó para valorar el estado de partes blandas, evidenció una notable descompresión del canal medular y una ligera disminución de hipointensidad en T2 de la lesión centromedular. En conjunto a los cambios imagenológicos de igual forma se evidenciaron mejorías clínicas con ausencia de la tetraparesia presentada al ingreso y mejoría de la fuerza subiendo a 4/5 en la escala de Daniels por lo que se decidió su alta hospitalaria.

El presente caso destaca cómo un traumatismo de alta energía puede inducir lesiones complejas de columna cervical, incluyendo luxación facetaria y hernia de núcleo pulposo post-traumática. El mecanismo de hiperflexión con compresión axial genera desplazamiento vertebral, ruptura del anillo fibroso y compresión directa del cordón medular, desencadenando el síndrome medular central caracterizado por generar un déficit motor aun mayor a nivel de miembros superiores comparado con los miembros inferiores, alteraciones sensitivas segmentarias y, ocasionalmente, déficit esfinteriano parcial [3].

El síndrome medular central puede presentarse después de un traumatismo cervical, tanto en pacientes con cambios degenerativos preexistentes como en aquellos sin enfermedad cervical degenerativa conocida. La coexistencia de traumatismo agudo y enfermedad cervical degenerativa ha adquirido especial relevancia en poblaciones de mayor edad [4]. En contraste, el presente caso corresponde a un paciente de 46 años, sin antecedentes conocidos de enfermedad cervical degenerativa, que desarrolló un síndrome medular central asociado a una luxación facetaria y herniación discal traumática.

La evolución clínica de este paciente refleja los hallazgos semiológicos típicos del CCS postraumático: tetraparesia a predominio braquial e hipoestesia hemicorporal, secundaria a edema medular central y compresión medular por hernia discal. Además de enfatizar de que el diagnostico de esta clase de lesiones necesita estudios de imagen (TAC y RMN), estudios que fueron clave para identificar el nivel exacto de luxación y la herniación discal, permitiendo planificar un abordaje quirúrgico dirigido. Tomando en cuenta la clínica del paciente y su presentación súbita se puede hacer un contraste con toda la evidencia encontrada de que el CCS no solamente se presenta de forma gradual por procesos degenerativos sino también puede producir lesiones irreversibles en corto tiempo a causa de un traumatismo. Por lo que se podría hacer énfasis de que la intervención quirúrgica temprana que incluye la descompresión del segmento afectado está respaldada por la literatura como el manejo de primera línea ante esta clase de lesiones, siempre y cuando se cumpla uno de tres

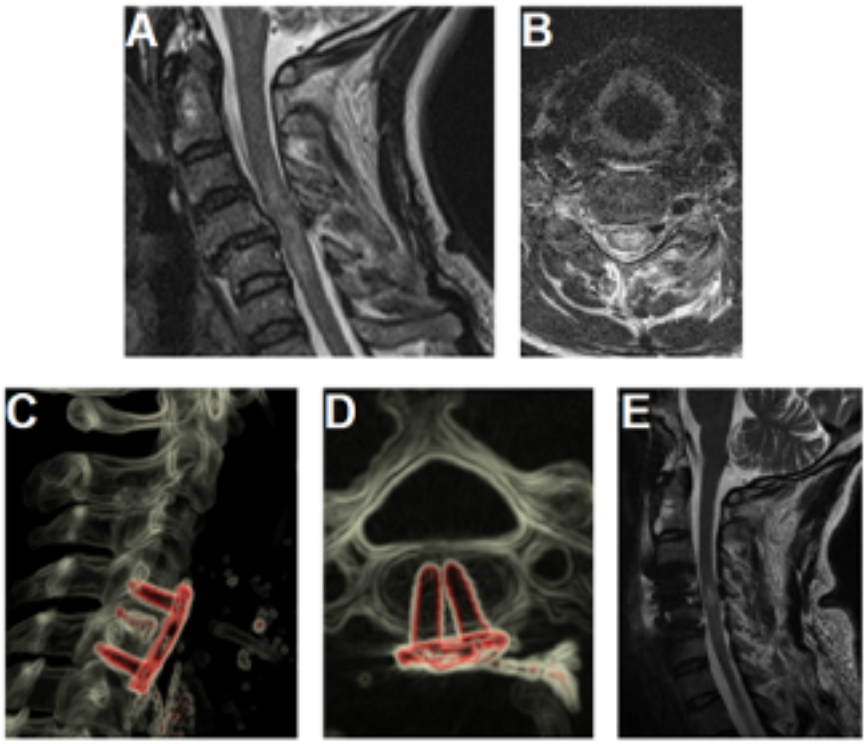


Figura 1. Estudios imagenológicos de columna cervical antes y después de la intervención quirúrgica. **(A)** Resonancia magnética preoperatoria en corte sagital, secuencia T2. **(B)** Resonancia magnética preoperatoria en corte axial, secuencia T2. **(C)** Tomografía computarizada posoperatoria con reconstrucción sagital. **(D)** Tomografía computarizada posoperatoria con reconstrucción axial. **(E)** Resonancia magnética posoperatoria en corte sagital, secuencia T2.

Med Educ Clin Pract. 2026;1(4):e038. doi: 10.21142/mecp.2026.1.4.e038.

factores importantes, los cuales son: compresión anterior o posterior medular en grado considerable, dos o más niveles afectados y presencia de lordosis, nuestro caso cumplía con el primero de los mencionados, además de que es el punto principal de enseñanza sobre el caso que aborda este documento [5,6].

Este caso refuerza la importancia de correlacionar el mecanismo de trauma, hallazgos clínicos y estudios de imagen para una intervención rápida y dirigida, maximizando la recuperación motora y sensitiva en pacientes con CCS secundario a luxación cervical y hernia discal postraumática. Los traumatismos de alta energía que implican hiperextensión y compresión cervical posterior pueden causar luxación cervical con hernia discal asociada, produciendo síndrome medular central. La identificación temprana y el manejo quirúrgico oportuno son determinantes para mejorar la recuperación neurológica y el pronóstico funcional.

Material suplementario

Ninguno

Contribución de los autores

AJRR y NLQ: Conceptualización, Investigación. AJRR: Redacción versión inicial. AJRR, NLQ, DG y LF: Redacción - revisión y edición. AJRR: Visualización. DG y LF: Supervisión.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por los autores.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial generativa

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial generativa

Declaración de disponibilidad de datos

No aplica.

ORCID

Nohelia Leaño Quiroga: https://orcid.org/0009-0007-2833-8598

David Gardeazabal: https://orcid.org/0009-0003-2225-8934

Luis Fraija: https://orcid.org/0009-0004-1803-3879

Anthony Jesus Rivero Ramirez: https://orcid.org/0009-0003-6111-946X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horta-Tamayo EE, Acosta-González LC, Marrero-Ramayo A. Reducción, estabilización interna y fusión por vía anterior en luxaciones cervicales subaxiales. MediCiego. 2022;28:e2867.
2. Rizzolo SJ, Piazza MR, Cotler JM, Balderston RA, Schaefer D, Flanders A. Intervertebral disc injury complicating cervical spine trauma. Spine (Phila Pa 1976). 1991;16(6 Suppl):S187-S189. doi: 10.1097/00007632-199106001-00002.
3. Bulloch LR, Spector L, Patel A. Acute traumatic myelopathy: rethinking central cord syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2022;30(23):1099-1107. doi: 10.5435/JAAOS-D-22-00260.
4. Schneider, RC, Thompson, JM y Bebin, J. El síndrome de lesión aguda de la médula espinal cervical central. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. 1958;21(3):216-227. doi: 10.1136/jnnp.21.3.216.
5. Simpson AK, Kerr S, White AP. Cervical myelopathy: posterior approach. En: Anderson DG, Vaccaro AR, editores. Decision Making in Spinal Care. 2nd ed. New York: Thieme Medical Publishers; 2012. p. 141-148.
6. Jiménez Ávila JM, Jeong SH, Ruelas Ramos G, Ramírez Gómez A, Santillán Domínguez M, Osuna Coutiño JC, *et al.* Síndrome medular central traumático secundario a espondilosis cervical. Cir Columna. 2024;2(4):223-230. doi: 10.35366/118095.