



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-040 - INESTABILIDAD FACETARIA ATLANTOAXOIDEA

J.J. Villaseñor Ledezma, D.Á. Arandia Guzmán, P.A. Garrido Ruiz, A. García Martín, L. Torres Carretero, J.J. Ailagas de las Heras, Á. Otero Rodríguez, J.C. Roa Montes de Oca, L. Ruiz Martín, D. Pascual Argente, J.M. Goncalves Estella y D.R. Rodríguez Cedeño

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción: La distancia anormal entre la odontoides y el arco anterior del atlas (intervalo atlantodental [IAD]) es la forma “clásica” de inestabilidad atlantoaxial. Sin embargo la inestabilidad facetaria atlantoaxoidea (IFA-A), fundamentada en la mala alineación facetaria, es un concepto poco estudiado. Goel clasifica la IFA-A en tipo 1 cuando las facetas del atlas se dislocan en sentido anterior respecto a las facetas del axis. Cuando la dislocación facetaria del atlas es en sentido posterior, es el tipo 2. Finalmente en las tipo 3 no existe incongruencia facetaria, detectándose la inestabilidad durante la cirugía. En las IFA-A tipo 1 y 2 el IAD generalmente es normal, cursan de forma crónica con lesión medular insidiosa. Es un estado en el que la médula se contunde, sin estar comprimida. También se ha relacionado la IFA-A como desencadenante de la espondilosis cervical subaxial, particularmente cuando los síntomas mielopáticos son desproporcionados. Goel sugiere que la impresión basilar, el Chiari y la siringomielia son una continuidad del mismo fenómeno patológico, cuyo origen es la IFA-A y por ende el tratamiento se basa en la estabilización atlantoaxial y no la descompresión de fosa posterior.

Caso clínico: Varón sano de 64 años con cuadro crónico, caracterizado por tetraparesia, hipoestesia y marcha inestable. A la exploración destaca tetraparesia 4/5, Hoffman/Babinski positivos, reflejos osteotendinosos exaltados. Marcha pareto-espástica. RM-cervical: atrofia medular C1-C2-C3, con siringomielia, así como edema y atrofia muscular a nivel de C1-C2. TAC-cervical: signos de inestabilidad atlantoaxoidea facetaria tipo II de Goel, caracterizado por desplazamiento posterior atlantoaxoideo facetario y asimetría del espacio atlantoodontoideo.

Discusión: El estudio diagnóstico de elección es el TAC-cervical. Debido a la propensión de lesión medular, se recomienda el tratamiento temprano mediante cirugía estabilizadora, siendo de elección la fijación facetaria directa (transarticular o interfacetaria); teniendo un valor pronóstico en la recuperación neurológica.