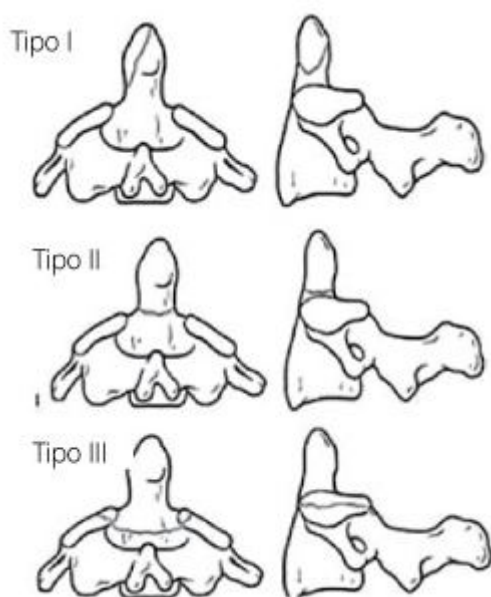


Fractura de odontoides



Las fracturas de **apófisis odontoides (AO)** tipo II, ocurren en la unión de esta y el cuerpo del **axis** e interrumpen el aporte vascular de la odontoides.

Si hay un desplazamiento mayor de 4 mm se considera un signo de inestabilidad.

Hadley

Presenta una subclasificación tipo IIA inestables, complejas y con múltiples fragmentos, que acontecen en el 3-5 % de las fracturas tipo II

La frecuencia de no unión en las fracturas tipo II es elevada

Tratamiento

La osteosíntesis anterior de las fracturas agudas de la base de la AO mediante su atornillado, descrita por Böhler y Nakanishi en 1981, parece el método inicial e ideal de tratamiento de todas estas fracturas. Cumple todos los requisitos traumatológicos de tratamiento de una fractura, obtiene consolidación ósea en la gran mayoría de los casos (> 90%), respeta la funcionalidad atloaxoidea, y tras un cuidadoso aprendizaje y meticulosidad en su aplicación no presenta más dificultad técnica que cualquier abordaje cervical anterior.

Hoy en día ningún paciente tributario de esta técnica debería ser tratado inicialmente mediante técnicas indirectas que consiguen menor porcentaje de consolidación ósea o que de entrada reducen la funcionalidad atloaxoidea (Martín-Ferrer, 2006).

Fractura tipo II: Es controvertido, con tasas de no unión del 15 al 85 %.

En 1910, Mixter y Osgood y Pilcher, publican las dos primeras referencias bibliográficas referentes al tratamiento quirúrgico de una fractura de la base de la AO. Se trataba de pacientes con fracturas antiguas de la base de la AO con pseudoartrosis establecidas que impidieron su correcta reducción y a los que se les aplicó una artrodesis interlaminar C1-C2 con seda, obteniendo un buen resultado funcional y neurológico. A partir de esta fecha y a lo largo de casi setenta años las pautas de actuación terapéutica sobre estas fracturas se dirigen unánimemente en la elaboración, descripción y mejora de técnicas de contención ortopédica, fijación posterior interlaminar C1-C2, fijaciones interarticulares C1-C2, o resecciones de la AO.

Por vía posterior artrodesis C1-C2. compromete la rotación axial en 45° y flexo-extensión en 15°.

Colocación de un tornillo por vía anterolateral.

La fijación anterior de la odontoides, descrita por Böhler en 1981, ha ido ganando numerosos adeptos en estos últimos años no sólo por sus grandes posibilidades de estabilización C1-C2, sino por preservar la capacidad funcional Atlo-Axoidea. En un inicio la operación se realizaba mediante una gran disección de las estructuras del cuello. Actualmente se emplea un fácil procedimiento similar al que se realiza durante la disquectomía cervical. Esto reduce mucho las complicaciones de la cirugía. La utilización de tornillos y parte del instrumental canulados facilita aún más el proceder quirúrgico.

La necesidad de abordar la tercera vértebra cervical va a depender de la angulación de la odontoides medido por radiografía lateral (Cemil y col., 2012).

Contraindicaciones:

La ruptura concomitante del ligamento transversal provoca una grave inestabilidad atloaxoidea que contraindica el atornillado directo anterior de una fractura de la base de la AO.

Complicaciones:

Pseudoartrosis del foco de la fractura,

Lesión protuberancial en relación a las maniobras de instrumentación por migración craneal.

Edema cervical de partes blandas.

Malposición primaria del tornillo

Bibliografía

Martín-Ferrer, S. 2006. "Traumatismos De La Columna Cervical Alta: Clasificación Tipológica, Indicaciones Terapéuticas y Abordajes Quirúrgicos (a Propósito De 286 Casos)." *Neurocirugía* 17 (5) (October): 391-419. doi:10.4321/S1130-14732006000500001.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fractura_de_odontoides_tipo_ii

Last update: **2019/09/26 22:21**

