

Definición

Separación de la apófisis odontoides, del cuerpo del axis.

Etiología

Su origen aún es tema de controversia, la mayoría de los autores concuerda en que el os odontoideum representa una fractura de la sincondrosis del odontoides, antes de su cierre a los 5-6 años. Con el crecimiento, los ligamentos alares traccionan al fragmento del odontoides lejos de la base del axis, perdiendo la irrigación vascular por lo que se reabsorbe, dejando el característico osículo redondo.

Antes se pensaba que era causado por falla en la fusión del centro de osificación secundario del odontoides y se agrupaba con la aplasia e hipoplasia del odontoides. Actualmente, esta falla en la fusión es conocida como osículo terminal persistente, el cual se diferencia del os odontoideum en que el osículo es más pequeño y se sitúa al nivel del anillo del atlas por sobre el LTA.

Clínica

Estas lesiones son clínicamente importantes dado que la apófisis móvil o insuficiente determina incompetencia del LTA, cuya función es restringir la traslación atlanto-axial, impidiendo una eventual compresión de la médula espinal cervical o de la arteria vertebral.

Diagnóstico

El estudio con una radiografía cervical AP y L, debe completarse con proyecciones laterales en flexión y extensión y AP trans-oral, para confirmar la presencia de un os odontoideum y excluir una fractura. Este aparece como un osículo redondo, cónico u ovalado con una cortical lisa y uniforme, separado de la base del axis por un espacio ancho, que no coincide con el cuerpo del axis, y que está situado por sobre el nivel de las facetas articulares superiores. Puede asociarse a hipertrofia del arco anterior del atlas, que se cree secundaria a una reacción ósea por inestabilidad atlanto-axial crónica y también a una hipoplasia del arco posterior.

Existen dos tipos de os odontoideum: • Ortotópico, en el cual la apófisis está en posición anatómica. • Distópico, en la cual está en cualquier otra posición.

Un os distópico puede estar fusionado al arco anterior del atlas o al clivus; un os ortotópico puede ser difícil de diferenciar de una sincondrosis neurocentral no fusionada, hipoplasia odontoidea o no-uniión de una fractura de odontoides. En niños pequeños no se debe confundir con la condición normal de la sincondrosis aún no fusionada, lo que se prueba por la ausencia de desplazamiento anormal en las radiografías dinámicas.

En ambos tipos de os odontoideum se describe inestabilidad y subluxación del os, aunque algunos creen que el tipo distópico tendería a ser más sintomático.

Una vez hecho el diagnóstico con la radiografía simple es importante establecer criterios sobre la estabilidad o inestabilidad de la lesión. La mayoría de los pacientes sintomáticos demuestran inestabilidad en radiografías dinámicas, con un desplazamiento promedio de 1 cm generalmente en sentido anteroposterior, pero que puede ser multidireccional. No se ha demostrado asociación entre inestabilidad y desarrollo de mielopatía (evidencia tipo III).

Para establecer un pronóstico se han descrito varios índices, que incluyen: 1. Traslación atlanto-axial anterior 2. Intervalo atlanto-dental posterior (IADP) 3. Intervalo atlanto-dental anterior (IADA) 4. Índice

de inestabilidad 5. Angulación en plano sagital

En casos de subluxación atlanto-axial el intervalo atlanto-dental anterior (IADA) se usa para medir inestabilidad. Sin embargo, en el caso del os odontoideum el fragmento puede moverse con el atlas, por lo tanto es más útil medir directamente el movimiento del atlas sobre el axis: que es el espacio medido entre una línea proyectada superiormente desde el borde anterior del cuerpo del axis y una línea proyectada inferiormente desde le borde posterior del arco anterior del atlas, el que debe ser mayor a 3 mm para considerarse patológico. El IADP, previamente conocido como SAC (Space Available for the Cord), es la distancia entre el borde posterior del odontoides y el borde posterior del canal raquídeo. Si es menor a 13 mm se asocia a riesgo de compresión medular y deterioro neurológico progresivo (evidencia tipo III). El os odontoideum es una condición rara, cuya exacta frecuencia no es conocida. Los casos generalmente se detectan de forma incidental o son diagnosticados sólo cuando el paciente se hace sintomático o en la evaluación de trauma. Dentro de los síntomas de presentación más frecuentes se encuentran: dolor cervical local y síntomas neurológicos, que generalmente se limitan a un episodio de paresia post-traumática. En algunos pacientes puede presentarse como mielopatía compresiva, con síntomas neurovasculares por compresión de la arteria vertebral; estos varían desde ataxia, síncope o vértigo, hasta la muerte súbita.

Tratamiento

La selección de una estrategia de tratamiento requiere conocer la historia natural del os odontoideum. El tratamiento es variable, dependiendo de los síntomas y del grado de inestabilidad espinal. Las indicaciones para la cirugía incluyen: inestabilidad significativa en la radiografía simple, complicación neurológica o neurovascular, dolor persistente y que inhabilite a pesar de un tratamiento médico apropiado. Las indicaciones de tratamiento están basadas en series pequeñas y varían entre los distintos autores; algunos reportan resolución espontánea de los síntomas y recomiendan continuar con el tratamiento médico. Otros estabilizan quirúrgicamente cualquier paciente, mayor a 6 años de edad, con síntomas neurológicos. El impacto del dolor cervical sobre la decisión quirúrgica también es variable; algunos no aconsejan operar si existe solamente dolor cervical, ya que la cirugía no cambiaría el pronóstico a largo plazo. La cirugía está contraindicada en pacientes en los que no se espera beneficio directo de la estabilización, por ejemplo en una serie de pacientes sin síntomas neurológicos, no se observó diferencia en la evolución de los tratados quirúrgicamente y aquellos con tratamiento médico.

Fuente:<http://www.imagenologia.cl/rad92/caso%20radiolzunino2.html>

From:

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

Permanent link:

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

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

