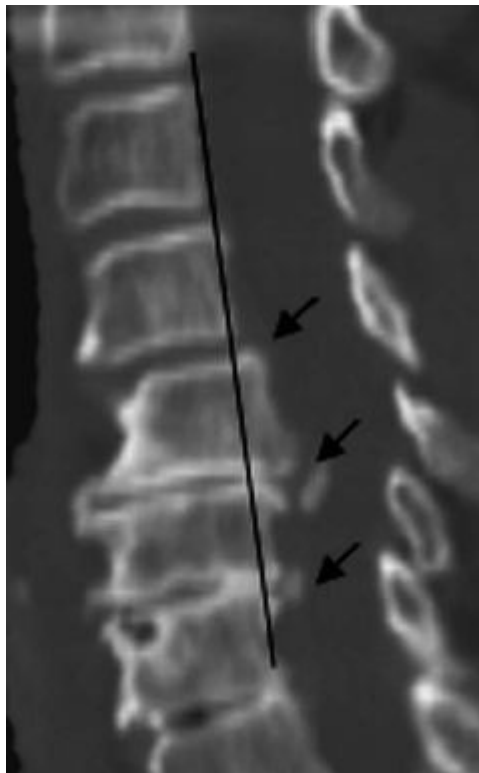


Deformidad cifótica segmentaria

Se define como 3 o más niveles de **osteofitos** dorsales que se extiende desde una línea trazada desde la parte dorsal y caudal de C2 hasta el punto dorsal caudal de C7.

Esta puede desempeñar un importante papel en la disfunción neurológica (Uchida et al. 2009).



La lordosis cervical y cifosis menor de $7,5^{\circ}$ no produce ningún aumento significativo de la presión intramedular.

Entre 7.5° a 21° da lugar a un aumento entre 2 a 5 mm Hg, aumentando significativamente a partir de 21° (Chavanne et al. 2011).



Etiología

Degenerativa, enfermedad reumática (espondilitis anquilosante), infecciosa (tuberculosis...), tumoral

(neurofibromatosis...)

Postlaminectomía que puede tener una incidencia de un 20% debido a la pérdida de la banda de tensión posterior la cual da lugar a aumento de la carga en el cuerpo vertebral y los discos, dando lugar a nuevos cambios degenerativos y deformidades cifóticas (Wang et al. 2008).

Latigazo cervical (Johansson et al. 2011).

Clínica

Las manifestaciones están dadas ya sea por síntomas de compresión de la raíz nerviosa, produciendo [radiculopatía](#); o debido a compresión medular causando mielopatía, la cual puede deberse a compresión directa o a isquemia por compromiso vascular.

Tratamiento

La corrección de una deformidad cifótica permanente de la columna cervical puede lograrse de manera más confiable con [corporectomía](#) que con discectomía y artrodesis cervical anterior en múltiples niveles. También se pueden conseguir buenos resultados con un tratamiento combinado anterior y posterior (artrodesis circunferencial 360 °) (Mummaneni et al. 2008).

Pronóstico

La deformidad puede seguir progresando, y esta situación puede llevar al fracaso de la cirugía. El manejo exitoso de esta enfermedad requiere el reconocimiento precoz con evaluación preoperatoria minuciosa y elección de una estrategia quirúrgica adecuada (Ma et al. 2011).

Bibliografía

Chavanne, Albert, David B Pettigrew, Jeffrey R Holtz, Neal Dollin, y Charles Kuntz. 2011. Spinal Cord Intramedullary Pressure in Cervical Kyphotic Deformity: A Cadaveric Study. Spine (Febrero 1). doi:10.1097/BRS.0b013e3181fc17b0. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21289583>.

Johansson, Mats Peter, Martin Skogheim Baann Liane, Tom Bendix, Helge Kasch, y Alice Kongsted. 2011. Does cervical kyphosis relate to symptoms following whiplash injury? Manual Therapy (Febrero 2). doi:10.1016/j.math.2011.01.004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295511>.

Ma, Junming, Zhipeng Wu, Xinghai Yang, y Jianru Xiao. 2011. Surgical treatment of severe cervical dystrophic kyphosis due to neurofibromatosis Type 1: a review of 8 cases. Journal of Neurosurgery. Spine 14, no. 1 (Enero): 93-98. doi:10.3171/2010.9.SPINE091015.

Mummaneni, Praveen V, Sanjay S Dhall, Gerald E Rodts, y Regis W Haid. 2008. Circumferential fusion for cervical kyphotic deformity. Journal of Neurosurgery. Spine 9, no. 6 (Diciembre): 515-521. doi:10.3171/SPI.2008.10.08226.

Uchida, Kenzo, Hideaki Nakajima, Ryuichiro Sato, Takafumi Yayama, Erisa S Mwaka, Shigeru Kobayashi, y Hisatoshi Baba. 2009. Cervical spondylotic myelopathy associated with kyphosis or sagittal sigmoid alignment: outcome after anterior or posterior decompression. Journal of Neurosurgery. Spine 11, no. 5 (Noviembre): 521-528. doi:10.3171/2009.2.SPINE08385.

Wang, Vincent Y, Henry Aryan, y Christopher P Ames. 2008. A novel anterior technique for simultaneous single-stage anterior and posterior cervical release for fixed kyphosis. Journal of Neurosurgery. Spine 8, no. 6 (Junio): 594-599. doi:10.3171/SPI/2008/8/6/594.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=deformidad_cifotica_segmentaria_cervical

Last update: **2025/05/04 00:03**

