

La **discectomía anterior** y la fusión con un **sistema de placas** estática (restringida) es el tratamiento apropiado para este tipo de lesión.

En ausencia de déficit neurológico significativo con canal residual o estenosis foraminal, la reducción cerrada preoperatoria no es necesario.

Un pequeño porcentaje de estos pacientes presentan lesión de la arteria vertebral, lo que justifica un angio-TAC (Rabb y col., 2007).

Caso clínico

En C6, se aprecia trazo de fractura en apófisis espinosa con extensión hacia la lámina y pars interarticularis derecha de esta vértebra. En C7, el trazo de fractura es desde la apófisis facetaria superior derecha, que se encuentra desplazada anteriormente condicionando estenosis foraminal en esta localización con extensión hacia la pars interarticularis y apófisis transversa ipsilateral. Hallazgos que provocan una subluxación con anterolistesis (grado 2) de la vertiente derecha del cuerpo vertebral de C6 sobre C7, con desplazamiento anterior de hasta 5,2 mm en su vertiente más lateral derecha y pseudoprotrusión global del disco. Hallazgos que provocan un componente rotacional izquierdo de 9º del cuerpo vertebral de C6 sobre C7.

Bibliografía

Rabb, Craig H, John Lopez, Kathryn Beauchamp, Peter Witt, Gene Bolles, and Anthony Dwyer. 2007. "Unilateral Cervical Facet Fractures with Subluxation: Injury Patterns and Treatment." *Journal of Spinal Disorders & Techniques* 20 (6) (August): 416–422.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2025/05/03 23:57**

