

Inestabilidad espinal o vertebral

Inestabilidad lumbar

Signos

Deformidad de la columna o desplazamiento adicional bajo carga fisiológica (fuerza de gravedad, contracción muscular o movimientos normales).

Dolor (en el área de la columna o con irradiación tipo radicular).

Lesión vertebral visible a través de una herida.

Daño progresivo a estructuras nerviosas o vasculares.

Deformidad o desplazamiento progresivo durante el proceso de curación.

El diagnóstico clínico de inestabilidad de la columna, se plantea cuando hay un cuadro de compresión medulorradicular concomitante que lo permita inferir.

Considerar muy inestable, si hay ruptura o luxación bilateral del sistema cápsuloarticular. Se evidencia por una luxación de más del 50 % del cuerpo vertebral (Kapandji/Louis/Allen). Pero la evolución postraumática de la mayoría de los pacientes y la comprobación quirúrgica de las lesiones, hacen recomendable considerar muy inestables las luxaciones a partir de 20% de desplazamiento horizontal del cuerpo vertebral.

Considerar muy inestable, si una fractura o [aplastamiento vertebral](#) incluye el muro posterior (Rieuneau/Delcoulx/Roy- Camille).

Inestable, si hay lesión del complejo ligamentoso posterior (Holdsworth/Cloward). Se evidencia por aumento marcado de la distancia entre las apófisis espinosas (en flexión), o separación de las facetas de una cápsula articular. Puede o no acompañarse de luxación del arco posterior o el cuerpo vertebral. Inestable en extensión (estable en flexión) si hay ruptura del complejo ligamentoso anterior. Se evidencia por el signo del "Bostezo". Angulo del espacio discal 11 grados mayor que los ángulos de los espacios contiguos. Si hay lesión asociada del complejo ligamentoso posterior, debe considerarse muy inestable la columna. Inestable, la luxación con desplazamiento horizontal mayor de 3,5 mm de un cuerpo sobre otro. (White). Sospechar inestabilidad oculta, si el espacio retrofaríngeo (pared posterior de faringe al ángulo anteroinferior es mayor de 5 mm. Posible edema o hematoma proveniente de fractura no visible de la odontoides. (Penning/Weir). En fracturas de, son menos inestables las del arco posterior (fractura de Sherk) o las de las masas laterales con separación inferior a 7 mm (Tipo I de Jefferson). Son MAS INESTABLES con separación mayor de 7 mm de las masas sobre, lo que evidencia ruptura del ligamento transversal (Spence y Sell). En lesiones de: fractura de la base de la odontoides: muy inestable y peligrosa si se acompaña de ruptura del ligamento transversal o luxación posterior de, por la posibilidad de su desplazamiento hacia los tercios medio o posterior del canal. En radiografía lateral o TAC hay más de 2 mm (4 mm en niños) de separación entre el arco anterior de y la odontoides, que puede ocupar los espacios intermedio o posterior de Steele; la fractura de los pedículos y el istmo (espondilolistesis traumática del Axis, fractura de Schneider o "Del Ahorcado") es menos inestable si no hay luxación y muy inestable si hay luxación, angulación y distracción facetaria. En general son muy inestables las lesiones cervicales o lumbares con cifosis postraumática. Hay tendencia al aumento tardío de la cifosis, cuando no son

estabilizadas quirúrgicamente. NOTA: En algunos pacientes con lesiones inestables, las radiografías tomadas en la posición normal o erecta de la columna, no evidencian desplazamiento (luxación) o deformidad de las curvaturas normales. Porque la destrucción de los ligamentos es incompleta y se compensa por la actividad muscular, a veces aumentada en contractura durante los primeros días posteriores al traumatismo, por la irritación radicular. Por este motivo, si el dolor local persiste, o se observa en la radiografía rectificación de la curvatura (disminución de la lordosis sin llegar a la cifosis), es necesario tomar vistas en posiciones "Dinámicas" (generalmente vistas laterales con la columna en flexión y extensión).

Para no provocar luxación importante y posible compresión neurovascular, estas posiciones las debe adoptar el paciente, que debe detener el movimiento si aparece dolor o aumenta el que ya presentaba.

Como información complementaria, expondremos en detalle otros dos sistemas de diagnóstico conocidos: el de Louis y el de White y Panjabi. METODO DE R. LOUIS 1983: Abarca todos los elementos anatómicos en 2 grandes sistemas: el "Vertical", con 3 columnas osteoligamentarias (cuerpos vertebrales y las articulaciones), reducidas a 2 (no tiene cuerpo) y el "Horizontal", con 3 puentes óseos (los 2 pedículos y el conjunto de las dos láminas). Da valores convencionales a sus lesiones:

Lesión completa de una de las 3 columnas verticales.....1 Lesión incompleta de una columna vertical o fractura de pedículo o lámina (puente horizontal)..... 0,5 Lesión de apófisis transversa o espinosa (palanca muscular) o fractura de cuerpo vertebral con muro posterior conservado.....0,25 Pérdida de sustancia de una columna vertical, como una compresión grave del cuerpo o estallamiento.... 2 La columna es inestable si la suma es 2. La inestabilidad es mayor si aumenta este coeficiente. Louis habla de "Inestabilidad temporal" en lesiones que, si son adecuadamente protegidas para permitir la cura ósea (fusión), resultarán en columna estable y la "Inestabilidad permanente", lesiones que producirán columna inestable aún después del período de curación aceptable, debido a ruptura de ligamento o disco o una fractura-luxación irreductible. También da criterios de "Inestabilidad ligamentaria": traslación AP mayor de 3 mm (por arriba de C4), o 2,5 mm (por debajo de C4). Extensión de recorrido F-E mayor de 11°; pérdida de contacto facetario de más del 50%; pérdida de paralelismo facetario y ensanchamiento interespinoso.

Nota: No da valor a la pérdida de la curvatura normal, ni al dolor o déficit neurológico. No define criterios especiales para la columna cervical alta. El valor de desplazamiento horizontal lo da en mm y no en %, con lo que no tiene en cuenta la relatividad entre tamaño vertebral en diferentes individuos (edad, sexo, raza, estatura).

From:

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

Permanent link:

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

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

