

Sinónimo: Luxación occipitoatloidea

véase:[Complejo atloaxoideo](#)

Muchos autores plantean que la hiperextensión forzada es el mecanismo más probable de dislocación occipito-atloidea.

Epidemiología

Esta lesión poco común, se presenta con gran frecuencia como muerte súbita, por lo que su diagnóstico muchas veces se realiza posmortem.

Las causas que más frecuentemente han provocado dislocaciones son por choques y desaceleraciones.

1% de todos los pacientes (vivos o muertos) con lesiones de columna cervical que se examinaron en el Hospital de la Universidad de Duke.

Casi todos los pacientes eran pasajeros en automóviles o peatones implicados en accidentes de vehículos a motor (Traynelis 1986).

Clasificación

véase:[Clasificación de Traynelis](#).

Clínica

La mayoría de los pacientes fallecen súbitamente en el momento de sufrir el trauma, no obstante algunos logran sobrevivir.

El cuadro clínico en los pacientes que sobreviven, puede variar desde un estado neurológico intacto con dolor agudo occipitocervical, hasta manifestaciones como diplegia braquial, cuadriplejia, apnea, hipotensión arterial, parálisis de los nervios craneales VI, IX y XII, síndrome de Brown-Séquard, síndrome central medular, así como síntomas vasculares por la compresión de las arterias vertebrales.

El estudio de los casos que no sobreviven ha demostrado transección total o parcial de la médula oblongata o cervical superior, oclusión completa de una arteria vertebral, fractura por avulsión de la base del clivus.

Puede estar asintomático

Disociación bulbo cervical

Afectación de pares craneales acompañados o no de lesiones medulares

Si existe empeoramiento clínico tras la aplicación de tracción cervical habrá que buscar este tipo de lesión

Parálisis cruzada de Bell (marcada desproporción entre la severidad de la afectación de miembros

superiores respecto de los inferiores inferiores o bien hemiplejía cruzada)(Sweet 2010).

Diagnóstico

Los signos de mayor importancia, vistos en la proyección lateral son:

- Edema prevertebral a nivel de C2 (mayor de 4 mm). Para algunos autores esta distancia puede ser normal hasta 7 mm, para otros el aumento de volumen de las partes blandas prevertebrales no es un signo específico del nivel lesionado, e incluso inespecífico del trauma.
- Distancia basión-ápex odontideo mayor de 5 mm.
- La línea de Wackenheim no se proyecta tangencial a la odontoides.
- La mastoides no se proyecta sobre la mitad posterior del diente.
- El índice de Powers es mayor de 1. Este índice se obtiene al dividir la distancia del basión al arco posterior del atlas entre la distancia del opistión al arco anterior del atlas. Su valor normal es de 0,77 a 1.
- Aumento del espacio predental (mayor de 5 mm) en algunas lesiones tipo II b.

Dublin, en 1980, propone un método diferente para medir la articulación atlantooccipital: la relación entre el aspecto posterior de la mandíbula y el arco anterior de C1 o la cortical anterior del diente, respectivamente. Sus mediciones en 23 personas con columna cervical normal varían según sea el estudio radiográfico (neutral, flexión o extensión):

- Distancia promedio mandíbula-arco anterior de C1 = 2,2 y 5 mm.
- Distancia promedio mandíbula-cara anterior del diente 10,9 y 12 mm.

En edad la edad pediátrica estas lesiones a menudo no son evidentes en las imágenes radiográficas o TC, pero puede presentarse en imagen por RM (Junewick 2009).

La visualización con RM de 3 teslas permite una mejor comprensión del mecanismo de lesión y ubicación, lo cual es importante en la selección del tratamiento quirúrgico (Yüksel 2008).

Tratamiento

Una lesión tan inestable requiere una fijación quirúrgica.

Existen muchas técnicas quirúrgicas para la fijación de la unión craneocervical.

Los estudios futuros seguirán perfeccionando los criterios de diagnóstico y mejores métodos para la estabilización craneocervical (Garret 2010).

Pronóstico

Hasta 1986, 17 pacientes habían sobrevivido más de 48 horas tras la luxación atlanto-occipital.

Entre 19% a 35% de pacientes que fallecieron por lesiones de columna cervical presentaban en el

examen post mortem esta lesión (Traynelis 1986).

Según Anderson y Montesano, se había reportado hasta 1992 20 casos sobrevivientes de estas lesiones altamente letales (Anderson 1992).

De 69 pacientes, 47 fueron diagnosticados post mortem, 22 fueron diagnosticados en el hospital, y siete sobrevivieron hasta el alta. El 80% de los no sobrevivientes tuvieron un intervalo basión-dental (BDI) ≥ 16 mm. (Cooper 2010).

Bibliografía

Anderson PA, Montesano PX. Traumatic injuries of the occipital-cervical articulation. En: Camins MB, O'Leary PF, eds. Disorders of the cervical spine. Philadelphia: Williams and Wilkins, 1922:273-83.

Cooper, Zara, Joel A Gross, J Matthew Lacey, Neal Traven, Sohail K Mirza, y Saman Arbabi. 2010. Identifying survivors with traumatic craniocervical dissociation: a retrospective study. The Journal of Surgical Research 160, nº. 1 (Mayo 1): 3-8. doi:10.1016/j.jss.2009.04.004.

Dublin AB, Marks WM, Weinstock D, Newton TH. Traumatic dislocation of the atlanto-occipital articulation (AOA) with short-term survival. J Neurosurg 1980;52:541-6.

Finney HL, Roberts TS. Atlantooccipital instability. J Neurosurg 1978;48:636-8.

Garrett, Mark, Giacomo Consiglieri, Udaya K Kakarla, Steve W Chang, y Curtis A Dickman. 2010. Occipitoatlantal dislocation. Neurosurgery 66, nº. 3 (Marzo): 48-55. doi:10.1227/01.NEU.0000365802.02410.C5.

Junewick, Joseph J, Indu R Meesa, Charles R Luttenton, y Jeffrey M Hinman. 2009. Occult injury of the pediatric craniocervical junction. Emergency Radiology 16, nº. 6 (Noviembre): 483-488. doi:10.1007/s10140-009-0814-x.

Sweet, Jennifer, Joshua Ammerman, Vivek Deshmukh, y Joseph White. 2010. Cruciate paralysis secondary to traumatic atlantooccipital dislocation. Journal of Neurosurgery. Spine 12, nº. 1 (Enero): 19-21. doi:10.3171/2009.8.SPINE08496.

Traynelis, V C, G D Marano, R O Dunker, y H H Kaufman. 1986. Traumatic atlanto-occipital dislocation. Case report. Journal of Neurosurgery 65, nº. 6 (Diciembre): 863-870. doi:10.3171/jns.1986.65.6.0863.

Yüksel, K Zafer, Murvet Yüksel, L Fernando Gonzalez, Seungwon Baek, Joseph E Heiserman, Volker K H Sonntag, y Neil R Crawford. 2008. Occipitocervical vertical distraction injuries: anatomical biomechanical, and 3-tesla magnetic resonance imaging investigation. Spine 33, nº. 19 (Septiembre 1): 2066-2073. doi:10.1097/BRS.0b013e31817e2cfc.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=dislocacion_occipitoatloidea

Last update: **2025/03/10 15:13**



