

TEMA 30.- COLUMNA VERTEBRAL

Hernia discal

Extrusión del núcleo pulposo del disco intervertebral que presiona las raíces nerviosas y dependiendo del nivel va a dar distinta sintomatología dolorosa (ciatalgia o radiculalgia):

- Si la localización se encuentra entre L3-L4, el dolor va a estar localizado en la cara anterior del muslo, y va a existir una abolición del reflejo rotuliano, con una disminución de la fuerza cuádriceps¹
- Si se encuentra entre L4-L5, el dolor irradiará por la cara lateral del muslo e irá por el dorso del pie hacia el dedo gordo, con lo que la persona va a tener dolor y debilidad de la flexión dorsal o extensión del pie. No va a haber alteración de los reflejos (el sujeto no puede andar de talones)
- Si se encuentra entre L5-S1, dolor irradiado por la cara lateral del pie hasta la zona plantar con debilidad de la flexión del dedo gordo, y abolición del reflejo aquileo (el sujeto no puede andar de puntillas)

A la RM, el disco intervertebral sano se verá blanco debido a que tiene mucha agua. Con el tiempo, se va atrofiando y perdiendo agua, por lo que la consistencia deja de ser elástica y es más rígida.

Espondiloliscitis infecciosas

- Infección que afecta a disco y vértebras adyacentes.
 - Infección discal: discitis
 - Infección vertebral: espondilitis
- **Fisiopatología:**
 - Contaminación directa: hernia discal, quimionucleolisis (inyección de un extracto de la papaya que digieren el contenido discal), punción lumbar
 - Contaminación hematógena: suele venir por infecciones urológicas, pero también de otro tipo como cutánea, respiratoria, dental, citugía o endocarditis infecciosa.
- **Epidemiología:**
 - Frecuencia: 1/250.000 3v/2h
 - Adolescencia y con años
 - Diabetes, etilismo y toxicomanía
 - Gérmenes:
 - S. aureus >50%
 - Gram -: E. coli (desde orina), proteus
 - Brucelosis
 - Micosis
- **Clínica:**
 - Fiebre 2/3
 - Dolor. Clínica inflamatoria +/-
 - Rigidez vertebral segmentaria
 - Complicaciones neurológicas: radiculitis 50% ciática

¹ Pregunta examen

- Absceso: psoitis. Aparece en la cara medial del muslo al nivel del trocánter menor, deslizándose por el psoas hasta el triángulo de Scarpa.
- Endocarditis
- VSG aumentada
- Hiperleucocitosis +/-
- **Rx:** evolutivo
 - Pinzamiento discal: precoz
 - Osteolitis vertebral: “flou” de platillos, erosiones, geodas
 - Signos de reconstrucción, esclerosis, osteofitos
 - Absceso
- **Gammagrafía:** Tc99m, Galio 67, Indio 111
- **RMN:** de elección
- **D/d:** no hace falta sabérselo
 - Artrosis erosiva
 - Osteocondritis de crecimiento
 - Bloques vertebrales congénitos
 - Tumores
 - ...
 - Cada vez se ve más espondilitis tuberculosa en jóvenes VIH+
- **Tratamiento:** antibioterapia por antibiograma 30%, 3 meses, reposo en cama y corsé. Rara vez cirugía, sólo si está comprometiendo la integridad medular.

Tuberculosis vertebral

Descrita por Pott. Etiología por Koch. Afecta a disco y vértebras adyacentes. Espondilitis tuberculosa es una OM del hueso.

Principal localización de TOA

- **Factores favorecedores:** inmunodepresión, cirrosis oh, VIH...Cada vez es más frecuente ver espondilitis infecciosa por tuberculosis en HIV+.
- **Diseminación:** hematógena
- **Clínica:**
 - Dolor mecánico (90%)
 - Síntomas neurológicos
 - Rigidez segmentaria
 - Cifosis por los colapsos vertebrales.
 - VSG, leucocitosis, tuberculina positiva en 90%
- **Rx:** pinzamiento de platillos, erosiones y geodas. Destrucción vertebral y del disco con aparición de un absceso que puede drenarse por la vaina del psoas.

- **Tratamiento:** antibióticos para la tuberculosis. El tto ortopédico consiste en la inmovilización, y cirugía en caso de compresión medular, absceso paravertebral compresivo y en caso de destrucción importante con inestabilidad y/o cifosis.

Es decir, que el dx de las espondilitis infecciosas y tuberculosas prácticamente es el mismo. Hay que hacer el D/d en aras de poner un tto adecuado.

Signo de Pedro Pons: amputación del ángulo superior de la vértebra, típica de la brucelosis.

Estenosis de canal raquídeo lumbar

Estrechamiento de este canal que produce síntomas clínicos por afectación de los elementos neurales contenidos en él (irreversible y progresivo). Se debe a una hipertrofia de las articulaciones vertebrales, y va a producir una claudicación neurológica. Mientras que en la claudicación vascular es dolor que comienza distalmente porque no llega suficiente sangre a la musculatura y progresa en ascensión, en la neurológica es un dolor que comienza en la columna lumbar y desciende.

- **Anatomía:** canal lumbar central y lateral.
- **Clasificación:**
 - Congénita
 - Acondroplásica
 - Idiopática
 - Adquirida: cambios degenerativos, congénita + degenerativa
 - Por listeria
 - Iatrógena: postlaminectomía, postartrodesis, postquimionucleolisis
 - Postraumática
 - Post-enfermedad ósea: Paget, fluorosis
 - Espondiloartropatías
 - Hiperostosis vertebral
 - Amiloidosis y Tx renal
- **Clínica:** síntomas subjetivos, exploración anodina, vagos y difusos. Lumbalgia en bipedestación, pronación y deambulación, radiculopatías bilaterales, disestesias, parestesias, etc
- **Tratamiento:** suele ser quirúrgico casi siempre, con laminectomías. Pero puede causar una inestabilidad vertebral, para lo cual se utilizan tornillos (artrodesis).
- **Resumen:** congénitas en acondroplasia, adquiridas x artrosis y espondilolistesis más comúnmente.

Espondilolistesis

Deslizamiento anterior de una vértebra sobre la otra. Se produce generalmente a nivel de la pars interarticularis²

- **Clasificación**
 - Displásica
 - Istmica
 - Degenerativa

² Pregunta examen

- Traumática
- Patológica
- **Síntomas:** dolor con radiculalgia, claudicación neurológica que en las personas mayores mejora con la inclinación hacia delante y el apoyo.
- **Rx:** si realizamos rx oblicuas de la columna se ven los perritos. Si el perrito tiene un collar, significará que está lesionado (signos de Lachapelle).
- **Tratamiento:** evitar una progresión del deslizamiento, por lo que se realiza una artrodesis
- **Clasificación:** tipos de Meyer
 - Tipo 1: <25%
 - Tipo 2: <50%
 - Tipo 2: <75%
 - Tipo 4: _____
 - Tipo 5: Espodiloptosis?????