

Espondilolisis cervical. Presentación de dos casos

Elena Borja • Fernando Ruiz • Ernesto García • Luis Cañadillas

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

La espondilolisis cervical es una anomalía poco frecuente de etiología desconocida. Presentamos dos casos estudiados con diferentes técnicas de imagen, revisamos los hallazgos radiológicos que permiten el diagnóstico correcto y su diagnóstico diferencial de otras anomalías de la columna cervical.

Palabras clave: Espondilolisis. Columna cervical. Tomografía computarizada. Resonancia magnética.

Cervical spondylolysis. Two case reports

Cervical spondylolysis is a rare anomaly of unknown ethiology. We present two cases studied with different imaging techniques, review both the radiological findings which permit a correct diagnosis and its differential diagnosis in regard to other cervical column anomalies.

Key words: Spondylolysis. Cervical column. Computerized Tomography. Magnetic resonance.

La espondilolisis cervical se define como una hendidura del listmo vertebral o espacio existente entre las facetas superior e inferior de los pilares articulares¹. Mientras que a nivel lumbar se ha descrito en el 5% de la población, a nivel cervical se considera una anomalía rara, con menos de 100 casos publicados. Presentamos dos nuevos casos de espondilolisis cervical. El conocimiento de los signos radiológicos permite un diagnóstico preciso².

Caso 1

Varón de 52 años de edad que desde hace tres años viene padeciendo de dolor cervical. No existe antecedente de traumatismo previo al inicio del dolor. No refiere pérdida de fuerza ni disminución de la sensibilidad en las extremidades. El examen radiológico demostró importantes cambios degenerativos con alteraciones en la alineación vertebral, entre las que destacaba la existencia de una espondilolistesis C6-C7 (fig. 1). La resonancia magnética (RM) que fue la segunda técnica pedida por el clínico, también confirmó este hallazgo (fig. 2). Con ambos métodos de imagen, se sospechó que la espondilolistesis no era secundaria a la degeneración vertebral, sino secundaria a espondilolisis, debido a la presencia de un discreto ensanchamiento del canal vertebral central a la altura de C6 y de un aumento de la distancia entre las apófisis articulares de dicha vértebra³. Sin embargo, fue la TC la que demostró con mayor precisión anatómica la lisis ístmica (fig. 3) que se asociaba a un pequeño defecto de fusión posterior (espina bífida oculta).

Caso 2

Paciente de 31 años de edad que tras un accidente de tráfico sufre síndrome del latigazo cervical con dolor persistente seis meses después. En el estudio radiológico simple la placa lateral no mostró alteraciones. Las proyecciones oblicuas anterior izquierda y anterior derecha demostraron una lisis unilateral a la altura de C6 asociada a hipoplasia del pedículo y ensanchamiento del foramen de conjunción homolaterales (figs. 4 y 5). La TC confirmó estos hallazgos, demostrando además una lisis contralateral y un defecto de fusión posterior del arco vertebral (fig. 6).

Borja E, Ruiz F, García E, et al. Espondilolisis cervical. Presentación de dos casos. *Radiología* 2002;44(7):305-307.

Correspondencia:

ELENA BORJA ORELLANA. c/ Periodista Francisco J. Cobos, 18 portal 3, 1.º D. 18014 Granada. e-mail: mebo42@terra.es

Recibido: 1-VIII-2001.

Aceptado: 10-X-2002.

Fig. 1.—Radiografía lateral de columna cervical que demuestra la espondilolistesis C6-C7.

Fig. 2.—RM de la columna cervical potenciada en T2* (TE: 30 ms; TR: 600 ms; ángulo flip: 30°; MR Max de General Electric de 0,5 T). Se demuestra un discreto ensanchamiento del canal a la altura de C6.

Fig. 3.—TC axial de 2 mm a través de C6 demostrando la lisis ístmica bilateral (CT Hispeed FX/i de General Electric) (flechas).

DISCUSIÓN

La espondilolisis con o sin espondilolistesis es una entidad común en la columna lumbar. Raramente afecta la columna cervical⁴. Esta alteración es asintomática con mucha frecuencia y suele detectarse en exploraciones de la columna cervical dirigidas al estudio de patología traumática o de molestias mecánicas secundarias a enfermedad degenerativa vertebral. Sin embargo es muy raro que se produzca una compresión medular, hecho que se ha descrito en cuatro casos².

La sexta vértebra cervical se afecta en el 74% de los casos. Le siguen en orden de frecuencia C2 y C5, habiendo sido descrita en todas las vértebras cervicales, salvo en C1 y C7^{5,6,9}. Lo más frecuente es que la espondilolisis sea bilateral y que se asocie a espondilolistesis². La incidencia de afectación unilateral se ha descrito en un 30% de los pacientes, en cuyos casos no se acompaña de espondilolistesis.

La etiología de esta lesión es desconocida. Hay autores que defienden la etiología congénita por la presentación conjunta de la espondilolisis con displasias del arco posterior¹¹ o por la descripción de casos familiares⁷. Sin embargo, las autopsias de recién nacidos no han demostrado espondilolisis a nivel cervical⁸. Otros autores defienden la etiología traumática, ya que el istmo vertebral no es el lugar normal de fusión de los centros de osificación y sí un lugar de sobrecarga en los movimientos de flexo-extensión²⁻⁵.

El diagnóstico radiológico preciso se consigue con la TC que demuestra con gran detalle anatómico la lisis ístmica y es la técnica de elección cuando se busca demostrar el defecto óseo y no el compromiso sobre el canal medular que en la espondilolisis es raro (figs. 3 y 6). Sin embargo la radiología convencional y la RM, que en nuestro hospital son más frecuentemente solicitadas que la primera técnica, permiten también obtener el diagnóstico correcto (figs. 1, 2 y 4). Los signos a buscar en estos casos son la visión directa de la lisis ístmica o de alteraciones secundarias al desplazamiento vertebral como el aumento del canal central y el distanciamiento de las apófisis articulares afectas con elongación del agujero de conjunción^{4,10}.

Fig. 4.—Proyección oblicua anterior izquierda que demuestra hipoplasia del pedículo con el ensanchamiento del foramen.

Es importante diferenciar la espondilolisis de una fractura reciente en cuyo caso la RM puede demostrar la hemorragia asociada y la gammagrafía ser positiva². Los bordes de la lisis no tendrán cortical como se observa en la espondilolisis y no hay signos de aumento de partes blandas. Frecuentemente la espondilolisis es diagnosticada erróneamente como una dislocación facetaria. La familiaridad con la espondilolisis nos llevará a la observación de que no hay un desplazamiento de la faceta inferior con relación a la faceta superior, sino un defecto que divide una o más masas articulares⁹. También hay que hacer la diferenciación con la ausencia de pedículo cervical que se acompaña de alteraciones displásicas del arco homolateral. A diferencia de la espondilolisis, esta entidad generalmente es unilateral y no suele acompañarse de espondilolistesis, aunque será la constatación de la ausencia de pedículo lo que permitirá un diagnóstico correcto⁴.

En resumen, presentamos dos casos de espondilolisis cervical de C6, el primero de ellos asociado a espondilolistesis, señalando aquellos signos radiológicos que permiten identificar esta infrecuente patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forsberg DA, Martinez S, Vogler JB III, Wiener MD. Cervical spondylolysis: imaging findings in 12 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1990 April;154(4):751-5.
2. Fessy MH, Durand JM, Gunepin H, et al. Une anomalie exceptionnelle: la spondylolyse cervicale chez l'adulte. *Revue Chir Orthop* 1999;85:174-7.
3. Greenspan A. *Orthopedic Radiology*. 2nd ed Gower Medical Publishing. New York 1992; Chapter 10:42-3.
4. Edwards MG, Wesolowski D, Benson MT, Wang AM. Computed tomography of congenital spondylolysis of the sixth cervical vertebra. *Clin Imaging* 1991. Jul-Sep; 15(3):191-5.
5. Howard AW, Letts RM. Cervical spondylolysis in children: Is it post-traumatic? *J Pediatr Orthop* 2000;20:677-81.
6. Jeyapalan K, Chauda SV. Case report 868. *Skeletal Radiol* 1994;23: 580-2.
7. Garin CH, Kohler B, Asquier P, et al. La spondylolyse cervicale chez l'enfant. A propos de 4 cas. *Revue de la littérature. Rev Chir Orthop* 1995;81:626-30.
8. Charlton OP, Gehwesler JA, Morgan CL, et al. Spondylolysis and spondylolysis of the cervical spine. *Skeletal radiology* 1978; 3:79-84.
9. Joel M. Schwartz, MD, Case 36: Bilateral Cervical Spondylolysis of C6. *Radiology* 2001;220:191-4.
10. Sridhar Redla, Tuhin Sikdar, Asif Saifuddin, Ben A. Taylor. *Clin Radiol* 1999;54:815-20.
11. Mesus M, Martí-Bonmatí L, Mollá E, de la Cerda E, Urrizola J, Poyatos C. Espondilolisis cervical congénita con compresión medular. *Radiología* 1997;39:362-6.

Fig. 5.—Proyección oblicua anterior derecha en la que se identifica la zona de espondilolisis.

Fig. 6.—TC axial que demuestra la lisis unilateral izquierda y parcial contralateral.