

# Fijación occipitocervical posterior

La estabilización occipitocervical posterior rígida acompañada de un eficiente [injerto óseo](#) es un instrumento de tratamiento que ofrece la posibilidad de reducir elementos articulares y de descomprimir estructuras neurológicas comprometidas.

## Indicaciones

Inestabilidad cráneo-cervical, cuyas causas más comunes son las artritis inflamatorias como la artritis reumatoide, y el trauma resultante en la interrupción de las estructuras ligamentosas de la estabilizantes unión craneocervical. Los tumores y las infecciones también pueden causar inestabilidad de la unión occipitocervical.

## Historia

Foerster, en 1927 reportó el uso de una fusión occipitocervical utilizando un segmento de peroneo reposado en C7 con el propósito de estabilizar C1-C2.

Logró fusionar el cráneo con las vértebras cervicales bajas, a esta publicación alemana se le considera la pionera en su tipo.

Tuvieron que pasar algunos años para que el concepto original evolucionara, y esto no fue sino hasta que se reportó en los 40s, 50s y 60s el uso de alambres fijando los extremos de los injertos óseos en hueso occipital y láminas y en los 70s los alambres inmersos en cemento.

Los grandes, incómodos y poco funcionales corsets “cráneo-cervico-torácicos” motivaron la búsqueda de alternativas internas que pudieran brindar mayor y pronta rigidez en la sujeción.

Casualmente y ya en la década de los 70s, se fortalecía el uso de barras y ganchos tipo Harrington y de barras lisas con alambres segmentarios sublaminares tipo Luque, para fundamentalmente dar tratamiento a las secuelas toracolumbares de la poliomielitis y tuberculosis en la columna vertebral.

Después de algunos años de experiencia con las barras lisas y/o fenestradas, y fijadas a la unión occipitocervical en forma de marco (se le conoció como marco de Luque) con alambres intracraneales y sublaminares, se continuaron observando al igual que lo sucedido con los alambres y el hueso, aflojamientos frecuentes con el subsecuente fenómeno de telescopamiento de la columna cervical en el foramen mágnum

Facilitándose con esto los movimientos tan comprometedores de flexión y extensión.

Ante el panorama observado con las barras y alambres se recurrió desde los años 80's al uso ya reportado desde los 70's, de tornillos craneales.

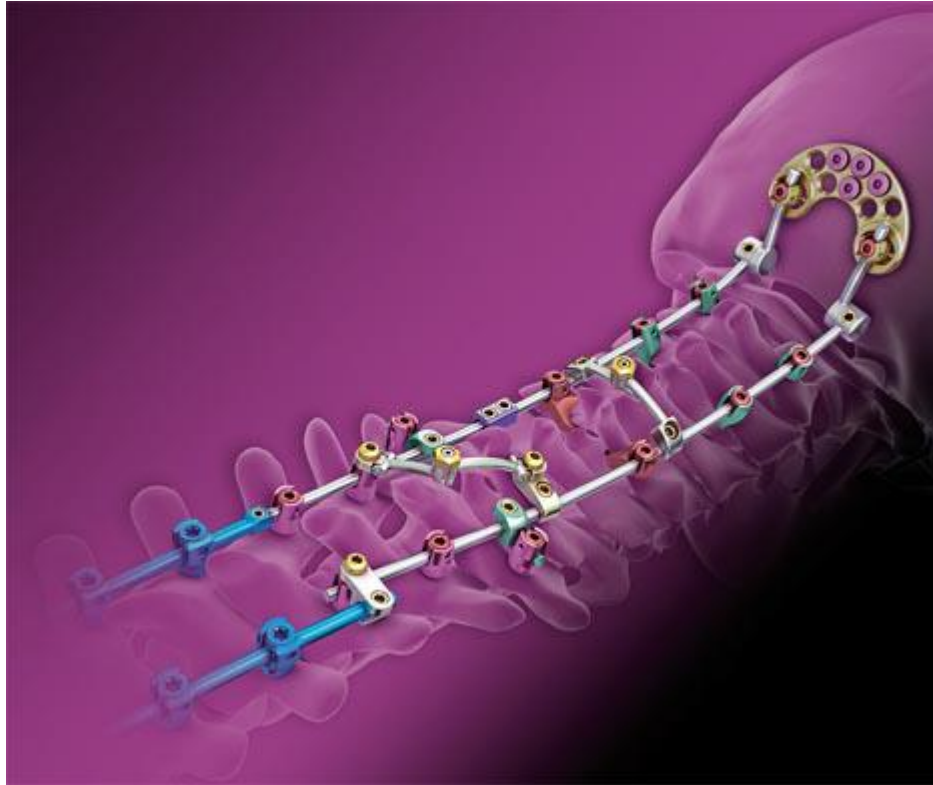
## Sistemas

[Avalon](#)

## VERTEX SELECT Reconstruction System.

S4 cervical de Aesculap

### Técnica quirúrgica



VERTEX SELECT  
Reconstruction System

El paciente se coloca en decúbito prono con cabezal de Mayfield.

La colocación intraoperatoria es fundamental para evitar la cifosis occipitocervical. Además, se debe tener cuidado tener cuidado para evitar la sobredistracción occipitocervical.

Incisión en línea media estándar desde el occipucio hasta aproximadamente C4.

La disección se realiza a través del ligamento nual para minimizar el sangrado.

Se expone la protuberancia occipital externa.

La disección de la cara posterior de C1 no debe extenderse más de 12 mm lateral a la línea media para evitar la lesión de la arteria vertebral, que emerge del agujero transversal del atlas y medial a la cara anterior de la superficie del anillo posterior.

Los elementos posteriores de C2 (y C3 si es necesario) se disecan subperióticamente hasta el aspecto lateral de la faceta.

Primero se procede al [atornillado transarticular](#) C1 o [atornillado pedicular de C2](#). (Magerl, Harms).

Los tornillos occipitales son los últimos en colocarse.

La varilla o placa se dobla de forma apropiada para conseguir un ángulo lordótico sagital con

suficiente espacio para colocar los tornillos.

Los rangos de longitud de tornillo varían de 6 a 14 mm con un promedio de 10 mm.

La mejor zona para la inserción del tornillo es de hasta 20 mm lateral a la protuberancia externa a lo largo del superior línea nugal bajando a 5 mm lateral a la externa protuberancia 20 mm inferior a la nugal superior línea.

El tope de broca debe ajustarse a 10 mm y la segunda cortical sentir con la perforación en alta revolución y perforados a través. El agujero debe ser aprovechada.

PDF de Aesculap llamado S4s4\_cervical.pdf

Véase en

<http://www.indianaspinegroup.com/education/abstracts/OCVertex.pdf>

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**

Permanent link:

[http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fijacion\\_occipitocervical\\_posterior](http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fijacion_occipitocervical_posterior)

Last update: **2019/09/26 22:24**

