

Complejo C0-C1-C2

La primera vértebra cervical posee la mayor movilidad de toda la columna vertebral, y las articulaciones entre el hueso occipital y el atlas (C0-C1) y entre el atlas y el axis (C1-C2), anatómicamente muy especializadas, están biomecánicamente estructuradas de tal forma que, además de ser el nexo de unión osteoligamentoso entre la cabeza y el tronco.

Sin embargo, su especial configuración anatómica y este mayor rango de movimientos las hace más vulnerables con mayor probabilidad de daño frente a numerosos procesos patológicos.

Sobre la columna cervical alta recae más del 60% de todas las lesiones traumáticas de la columna cervical. Si bien estas lesiones pueden resultar mortales en el mismo momento de producirse, la mayoría no producen inicialmente lesiones neurológicas o al menos éstas no son de gran intensidad.

Algunos traumatismos pueden provocar o facilitar la aparición de lesiones neurológicas tardías, meses o incluso años después del accidente. Esta relativa bondad neurológica, en parte, es debida a que la relación continente/contenido en el complejo C0-C1-C2 favorece la protección medular, ya que sólo un tercio del canal vertebral está ocupado por la médula, otro tercio por estructuras capsuloligamentosas y el último tercio por LCR (regla de los tercios de Steel). Asimismo, las arterias vertebrales en este nivel poseen una marcada elasticidad que permite desplazamientos traumáticos de estructuras óseas sin apenas repercusión vascular patológica (Martín-Ferrer, 2006).

Clasificación

El desarrollo y la aparición de sucesivas técnicas de neuroimagen han permitido visualizar correctamente todas las lesiones traumáticas osteoligamentosas del complejo C0-C1-C2, comprender los mecanismos traumáticos patomecánicos de producción de las lesiones, su posible comportamiento evolutivo y así clasificar anatómicamente las muy diversas lesiones de este complejo; ello permite predecir su posible peligrosidad y comportamiento evolutivo radiológico y clínico.

Paralelamente se han desarrollado diversos y eficaces procedimientos terapéuticos, que permiten tratar a la gran mayoría de estas lesiones y neutralizar esta potencial peligrosidad.

El conocimiento del desarrollo embriológico y de la anatomía en la unión cráneo vertebral se integra a la información que aportan las referencias anatómicas básicas, incluyendo puntos de referencia ósea, líneas y ángulos y se aplican a los actuales métodos de diagnóstico por imagen, como la Radiología convencional, la Tomografía Computarizada y la Imagen por Resonancia Magnética, para la demostración de lesiones en esta región, principalmente malformaciones congénitas, complicaciones por artritis reumatoide, estados inflamatorios con y sin proceso infeccioso, lesiones traumáticas, neoplasias benignas y malignas, patología vascular, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y DISH.

La correlación de la información obtenida con los diversos métodos de imagen y la expresión clínica de estas lesiones puede ayudar a definir posibilidades diagnósticas con elevado grado de certeza.

Una de las técnicas quirúrgicas necesarias puede ser el [abordaje transoral](#)

Bibliografía

Martín-Ferrer, S.: Traumatismos de la columna cervical alta: Clasificación tipológica, indicaciones terapéuticas y abordajes quirúrgicos (a propósito de 286 casos). Neurocirugía 2006; 17: 391-419.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=union_craniovertebral

Last update: **2019/09/26 22:31**

