

Maria Dolores	Nombre:
Lopez Parra	Apellido:
Ernesto García Santana, José Acosta Batlle, Ignacio Gallego Rivera, Santiago Resano Pardo	Otros Autores:
loleslopez2003@gmail.com	E-mail:
Hospital Ramón y Cajal	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Luxación atlantoaxial anterior	Título:
Paciente de 40 años que acude al hospital por parestesias en MMSS con disminución de la fuerza muscular . Como antecedentes cabe descartar una AR y traumatismo por accidente de coche con colisión posterior .	Presentación:
<p>Es una lesión aguda poco frecuente en la que las articulaciones atlantoaxiales se dislocan parcial o totalmente por movilidad excesiva entre C1 y C2 ya sea por lesión ósea (odontoides) o ligamentosa(ligamento transverso).</p> <p>Se ha relacionado con el Sd.Down, osteogénesis imperfecta y artropatías inflamatorias en especial la Artritis Reumatoide.</p> <p>4 tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo I: dislocación rotacional sin desplazamiento anterior del atlas. La más frecuente. - Tipo II: Rotacional con desplazamiento anterior < 5 mm - Tipo III: Desplazamiento anterior> 5 mm. Deficiencia de los ligamentos alares y transversos. - Tipo IV: Rotacional con desplazamiento posterior del atlas. <p>La I y la II son las más frecuentes, asociado a patología inflamatoria de la orofaringe y que no suelen requerir cirugía.</p> <p>Tipo II y IV pueden presentar lesión de la arteria vertebral o lesión medular.</p> <p>El III y el IV cirugía con fijación en caso de mantenerse inestabilidad en la flexo extensión transcurrido las fase aguda.</p>	Discusión :
<p>La luxación atlantoaxial es rara con una sintomatología en fase aguda bastante inespecífica por lo que se tiende a infradiagnosticar como esguince cervical leve sin realización de estudios radiológicos simples. Tener en mente esta entidad en especial en pacientes con patología de base de deficiencia ligamentaria.</p> <p>No realizar estudios de RX lateral de columna cervical dinámica en flexo-extensión en fase aguda. En caso de desplazamiento anterior del atlas > de 5 mm o desplazamiento posterior, hacer TC y en función de clínica y evolución radiológica valoración quirúrgica.</p>	Conclusión:
1.-Baker C, Kadish H, Schunk JE. Evaluation of pe-diatric cervical spine injuries.	Bibliografía:

<p>Am J Emerg Med 1999; 17:230–234.</p> <p>2.-Vandemark RM. Radiology of the cervical spine in trauma patients: practice pitfalls and recommendations for improving efficiency and communication. AJR Am J Roentgenol 1990; 155:465–472</p>	
<p>Distancia atlantoaxial (ADI) de 14 mm. La distancia de las masas laterales del atlas al axis fue menor de 7 mm y por lo tanto normal.</p>	<p>Pie de foto:</p>