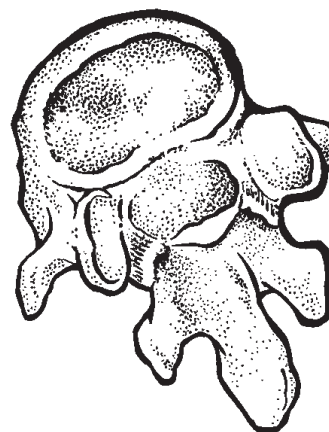


Lesiones en columna

ESPONDILOLISIS Y ESPONDILOLISTESIS

Por espondilolisis entendemos la solución de continuidad a nivel de la pars interarticularis (figura 10). Normalmente se sitúa a nivel de L5 y su prevalencia oscila entre el 3-6% y afecta más al varón que a la mujer (2-3:1). Por espondilolistesis entendemos el desplazamiento de una vértebra respecto a su inmediata inferior. Afecta al 25% de las espondilolisis y por un igual al varón que a la mujer. Lógicamente, la olistesis más frecuente es la de L5 respecto a S1.

La prevalencia oscila entre el 8 % y el 27 % según diversos autores. Existen, no obstante, algunos deportes en donde observamos una tendencia a acumular casos: gimnasia, lanzamientos atléticos, natación estilo mariposa, halterofilia y, como no, tenis.



ETIOPATOGENIA

En la actualidad, la etiopatogenia de la espondilolisis es bien conocida. Se trata de una fractura de sobrecarga de la pars interarticularis con unos factores predisponentes asociados y un factor desencadenante.

Entre los factores predisponentes, debemos destacar: sexo (lo sufren más los hombres que las mujeres), edad (entre los 6-14 años), raza (etnia invip, en Alaska), herencia (en un 26-29%) y estructura de la pars. El análisis microscópico de la estructura de la pars interarticularis ha objetivado distintas distribuciones de cortical y trabeculación de la misma, confiriendo a alguna de ellas una mayor predisposición a sufrir espondilolisis. Este hecho, lógicamente, estaría muy

relacionado con el factor hereditario.

El factor desencadenante fundamental es la sobrecarga deportiva del raquis lumbar, en el que se producirá una sobrecarga en la pars interarticularis por microtraumatismo repetido y acumulado. En tenis, los gestos específicos son la hiperextensión durante el servicio y el movimiento combinado de extensión con rotación forzada durante el movimiento del golpe de derecha.

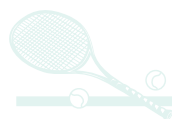
Debemos decir que hasta hace cerca de diez años el golpe de derecha se realizaba en posición lateral respecto a la trayectoria de la bola. En esta posición la transferencia de peso nacía de una torsión de piernas ascendente, que pasaba por el

Figura 10.-
Esquema de
espondilolisis
(J.T. Stinson,
Clin Sp Med,
12;517-28:1993)

tronco hasta llegar a los hombros y desde allí, a la raqueta. Para nosotros, la realización específica de este gesto no producía sobrecarga a nivel de la pars.

La introducción del golpe de derecha en posición frontal a la trayectoria de la bola parece imprimir, biomecánicamente, mayor velocidad al golpe, pero también parece que colecciona mayor número de lesiones a nivel de la pars. En esta modalidad de golpe de derecha, las piernas se encuentran en semiflexión y desde esta posición se reali-

za una brusca anteversión de caderas con una brusca hiperextensión lumbar; desde esta posición la transferencia de peso alcanza el hombro. Este hecho, unido a que en la actualidad las velocidades de la pelota de tenis que se consiguen son muy superiores a las de hace un década, han hecho que la realización del golpe de derecha frontal sea en la mayoría de ocasiones obligado. Dicho tipo de golpe se practica a edades muy tempranas, sobre un raquis aún en crecimiento, justo en el período de aparición de tal lesión.



CLASIFICACIÓN

En cuanto a la espondilolistesis, existe una clasificación en la actualidad en vigor, en la cual discrimina cinco tipos de olistesis: I o displásica, II o ístmica, III o degenerativa, IV o traumática y V o patológica.

En el medio deportivo podemos encontrarnos habitualmente con la espondilolistesis ístmica y, en algunas ocasiones, con la espondilolistesis displásica. La espondilolistesis displásica se caracteriza por una aplasia de carillas articulares de S1. Este hecho facilita desplazamientos de gran importancia con istmos alargados y adelgazados. Además, el raquis lumbar posee diversos grados de displasia: vértebra trapezoidal, promontorio sacro

en S ítmica y Espina Bífida Oculta (EBO). La espondilolistesis ístmica no objetiva aplasia de carillas articulares, pero sí el defecto evidente de la pars. Los desplazamientos son discretos.

Por tanto, es interesante hacer notar que en el tenis, como en cualquier otro deporte en el que se somete a sobrecarga el raquis, será importante evaluar el grado de displasia que sufre una vértebra afecta de espondilolisis. De esta manera, conoceremos el riesgo que existe de sufrir un mayor desplazamiento. Para nosotros, son factores displásicos la forma de las carillas articulares de S1, el promontorio sacro, el aspecto trapezoidal de la vértebra y la EBO.

Lesiones en columna

CLÍNICA

Clínicamente, sospecharemos lesión ístmica ante un dolor lumbar bajo, persistente, mecánico, con mínima irradiación a nalgas o sin ella, que aumenta con la hiperextensión. Muy frecuentemente va asociada a contractura de isquiosurales y ocasionalmente, a cierta actitud escoliótica mínima.

En el caso de espondilolistesis, existe un momento crítico que coincide

con el estirón del adolescente. Este hecho, con importantes variaciones fisiológicas hormonales, facilita que las espondilolistesis puedan aumentar y que pueda desarrollarse la denominada "crisis listésica" en donde a una deambulación característica y un dolor muy invalidante, se le asocia una actitud escoliótica muy aparatosa.

DIAGNÓSTICO

Radiología convencional

Es una prueba poco sensible pero muy específica. La proyección AP se recomienda realizar con 30° de desviación axial. La proyección que más objetiva la lesión es la oblicua, en donde se visualizan un 25% más de espondilolisis que en las otras proyecciones (figuras 11a y 11b). En cuanto al diagnóstico de olistesis, se realiza en proyección lateral y son muy importantes la proyecciones funcionales, que objetivarán inestabilidades.

Tomografía axial

Aunque de mayor sensibilidad que la radiología convencional, sigue siendo una prueba más específica que sensible. Permite valorar lesiones asociadas. Nos da valiosa información de las características de los bordes del defecto ístmico.



a



b

Figuras 11a: Proyección lumbar oblicua derecha. Imagen de espondilolisis L4; y 11b: Proyección lumbar oblicua izquierda. Imagen normal, sin espondilolisis visible.

Figura 13.- El SPECT pone de manifiesto imagen de hipercaptación bilateral (en rojo)

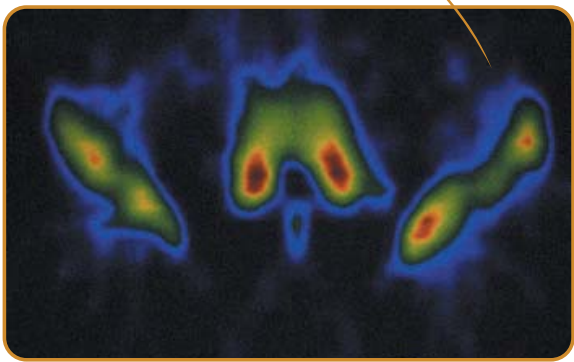


Figura 12.- Gammagrafía ósea planar negativa

Gammagrafía Ósea Planar (GOP) y SPECT

Para nosotros, de gran utilidad. La GOP es muy sensible y poco específica (figura 12).

El SPECT mejora mucho la especificidad (figura 13). Nos informa de la historia natural de la lesión.



Resonancia Magnética

Permite en la actualidad valorar lesiones asociadas más que objetivar la lesión ístmica. Recientes estudios ponen muchas esperanzas de diagnóstico mediante esta técnica.



ENTIDADES DIAGNÓSTICAS Y CONDUCTA A SEGUIR

A partir de las pruebas complementarias realizadas, podemos definir distintas entidades diagnósticas.

Espondilolisis en formación

Se trata de una lesión en donde radiológicamente no se objetiva la lesión, pero sí mediante SPECT. Prescribiremos abstención de la actividad deportiva hasta que el SPECT disminuya su captación. La colocación de un corsé delordosante (tipo Boston modificado) está indicado, por un tiempo que oscila entre los 1,5 y 5 meses.

Igualmente instauramos ejercicios de higiene de columna lumbar.

Espondilolisis activa

La lesión se objetiva radiológicamente y mediante SPECT. Prescribiremos abstención de la actividad deportiva hasta que el SPECT disminuya su captación. La colocación de un corsé delordosante se indicará dependiendo de la información obtenida mediante tomografía axial. Así, si observamos bordes del defecto esclerosados no está indicado el corsé

Lesiones en columna

con finalidades de consolidación. Si los bordes del defecto son limpios, el corsé puede facilitar la curación de la solución de continuidad. Igualmente instauramos ejercicios de higiene de columna lumbar.

Espondilolisis inactiva

Se da cuando la radiología convencional es positiva y el SPECT negativo. Es obligada la pauta de higiene lumbar. En algunas ocasiones podemos encontrarnos este cuadro asociado a dolor lumbar por síndrome facetario. En el caso del alto rendimiento, en tenistas jóvenes, se deberán tener en cuenta los factores displásicos anteriormente expuestos y, en función de ellos, valorar la permanencia o no en este régimen deportivo.

Como vemos, la información que nos facilita el estudio radiográfico asociado al SPECT nos permite valorar la historia natural de cada caso. Así, podemos observar en un mismo individuo una espondilolisis activa en L4 derecha (figura 11a y figura 12) y una espondilolisis en formación en L4 izquierda. (figura 11b y figura 12).

