

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EL SACRO



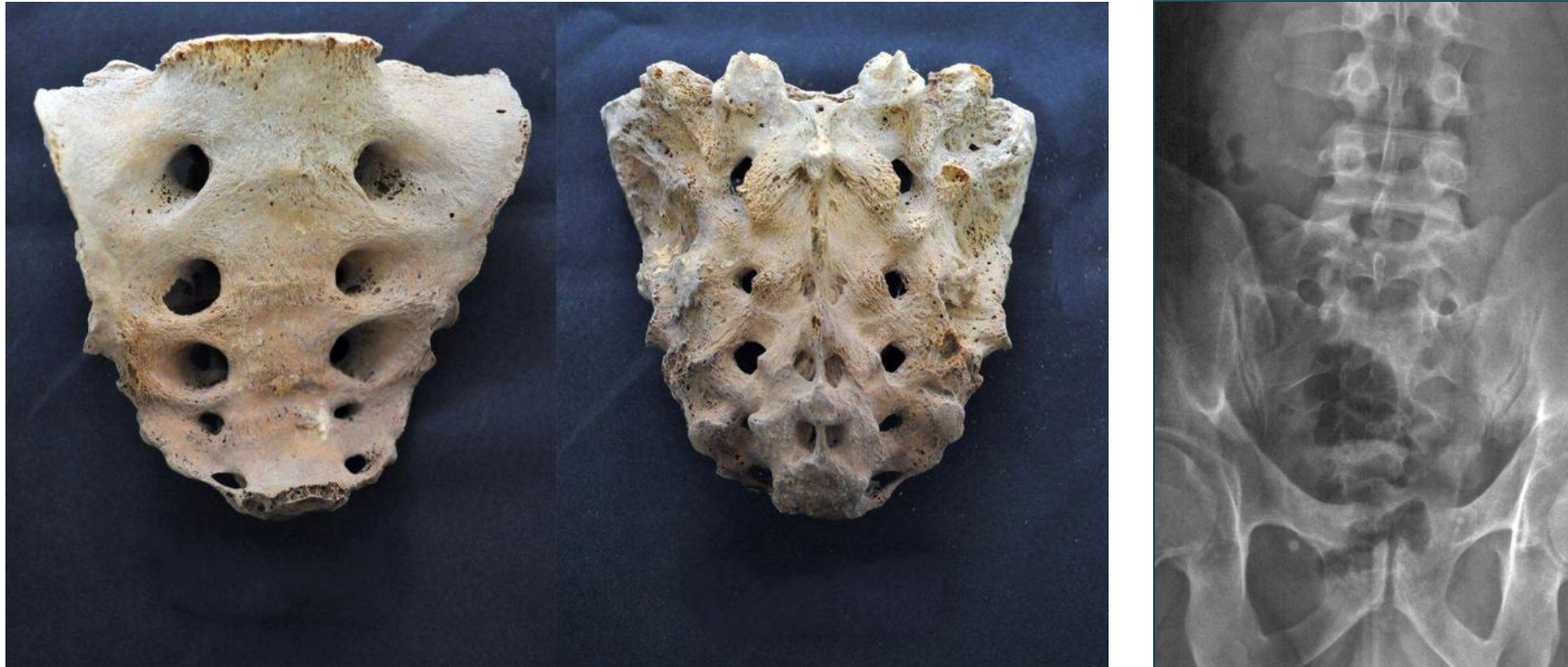
SÍNDROME DE BERTOLOTTI

El síndrome de Bertolotti es la asociación entre una vértebra de transición lumbosacra anómala y una lumbalgia.

Algunos estudios sugieren que las vértebras de transición lumbosacras de tipos II y IV tienen una fuerte correlación con el predominio y la severidad de la lumbalgia y dolor glúteo. Afecta 4-8% de la población.

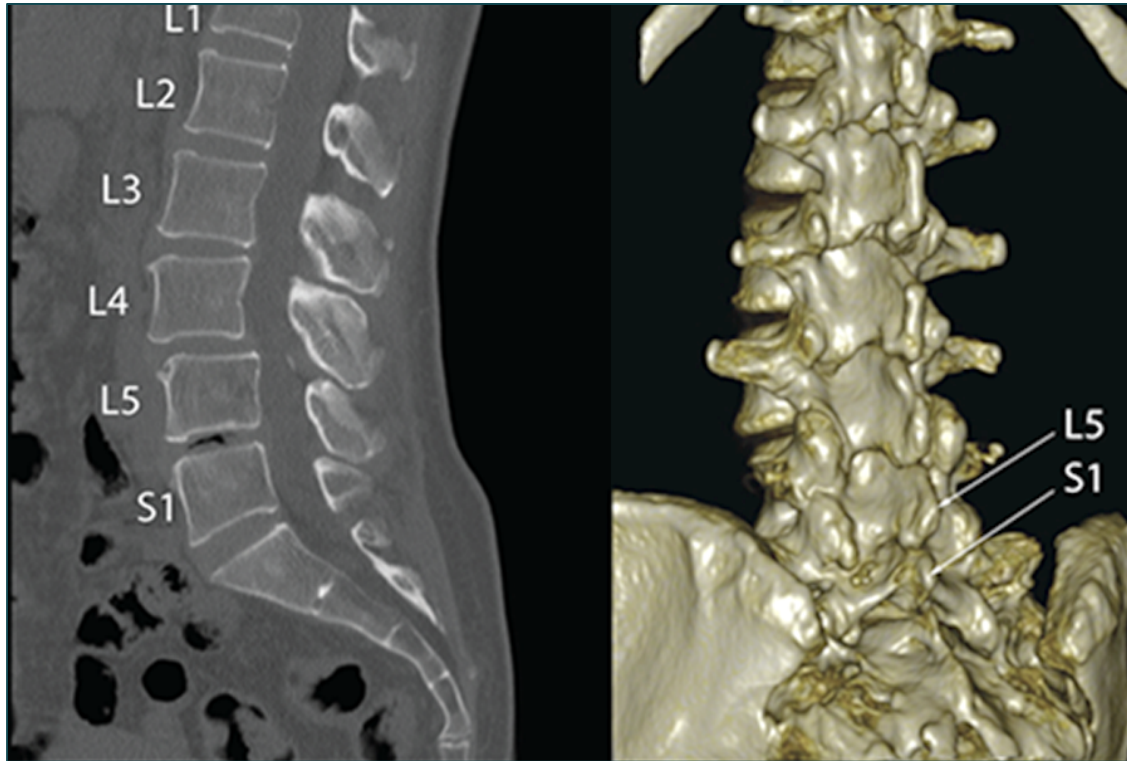


SACRALIZACIÓN Y LUMBARIZACIÓN



Sacralización bilateral no articulada

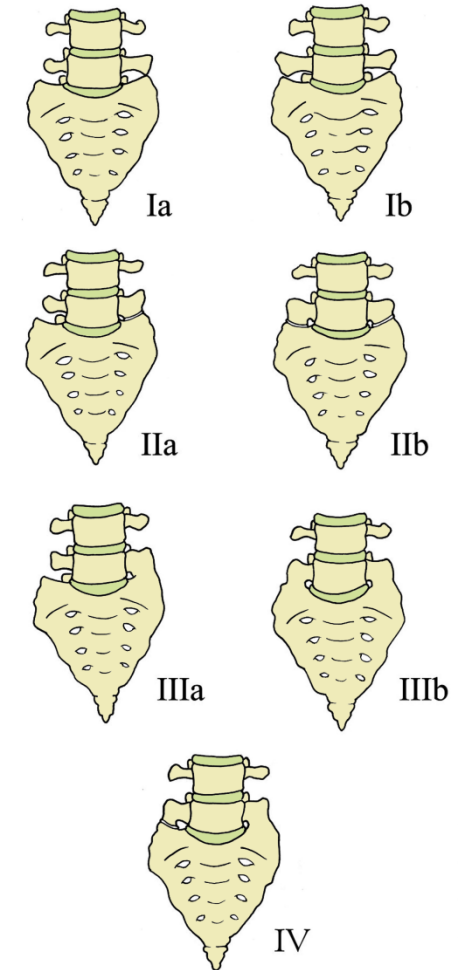
SACRALIZACIÓN Y LUMBARIZACIÓN



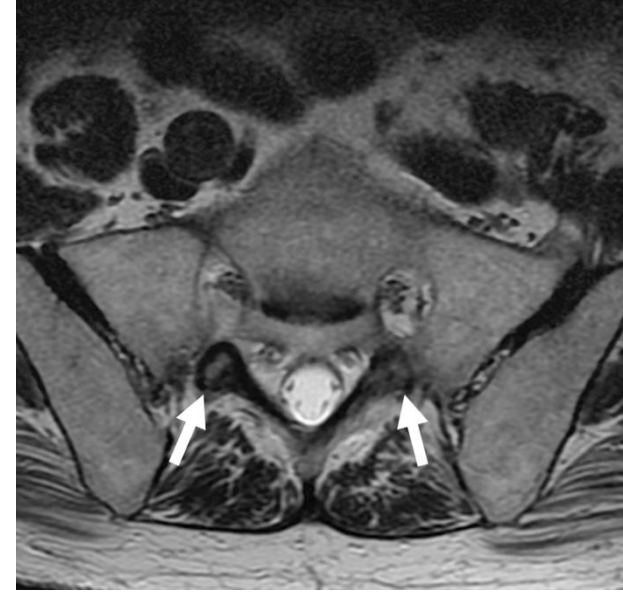
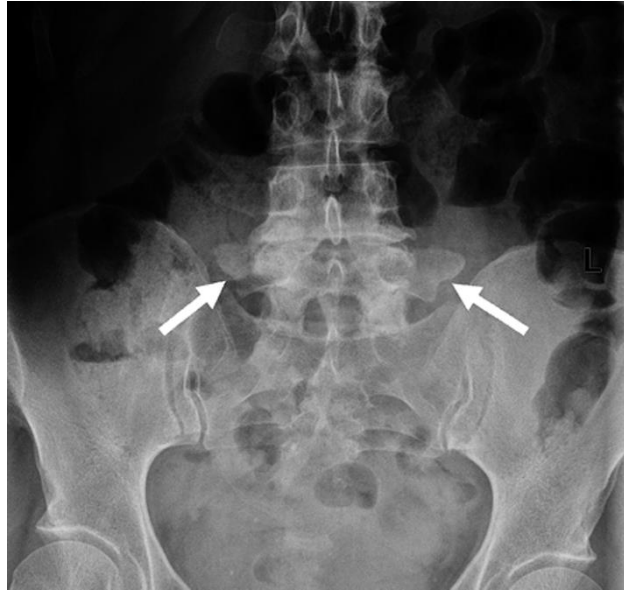
Lumbarización

CLASIFICACIÓN DE CASTELVI DE LAS VÉRTEBRAS DE TRANSICIÓN LUMBOSACRAS

- Tipo I: Apófisis transversa aumentada de dimensión y displásica (al menos 19 milímetros)
 - o Ia: unilateral
 - o Ib: bilateral
- Tipo II: pseudo-articulación de la apófisis transversa de L5 con el sacro con lumbarización/sacralización incompleta; aumento de dimensión de la apófisis transversa con pseudo-artrosis
 - o IIa: unilateral
 - o IIb: bilateral
- tipo III: fusión de la apófisis transversa de L5 con el sacro y lumbarización o sacralización completa, apófisis transversa aumentada de dimensión con fusión completa
 - o IIIa: unilateral
 - O IIIb: bilateral
- Tipo IV: tipo IIa de un lado y tipo III del lado contralateral

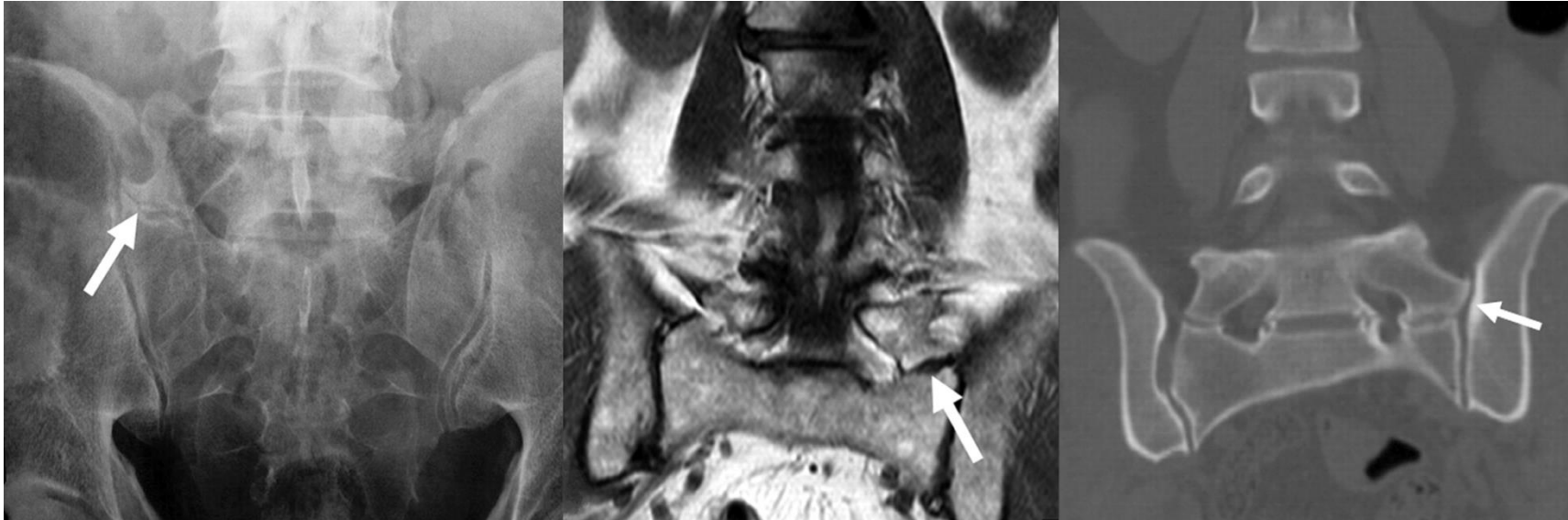


CLASIFICACIÓN DE CASTELVI DE LAS VÉRTEBRAS DE TRANSICIÓN LUMBOSACRAS



- Castellvi Tipo I: Apófisis transversa aumentada de dimensión y displásica (al menos 19 milímetros)
 - o Ia: unilateral
 - o Ib: bilateral

CLASIFICACIÓN DE CASTELLY DE LAS VÉRTEBRAS DE TRANSICIÓN LUMBOSACRAS



- Castellvi tipo II: pseudo-articulación de la apófisis transversa de L5 con el sacro con lumbarización/sacralización incompleta; aumento de dimensión de la apófisis transversa con pseudo-artrosis
 - o IIa: unilateral
 - o IIb: bilateral

CLASIFICACIÓN DE CASTELLY DE LAS VÉRTEBRAS DE TRANSICIÓN LUMBOSACRAS



- Castellvi tipo III: fusión de la apófisis transversa de L5 con el sacro y lumbarización o sacralización completa, apófisis transversa aumentada de dimensión con fusión completa
 - IIIa: unilateral
 - IIIb: bilateral

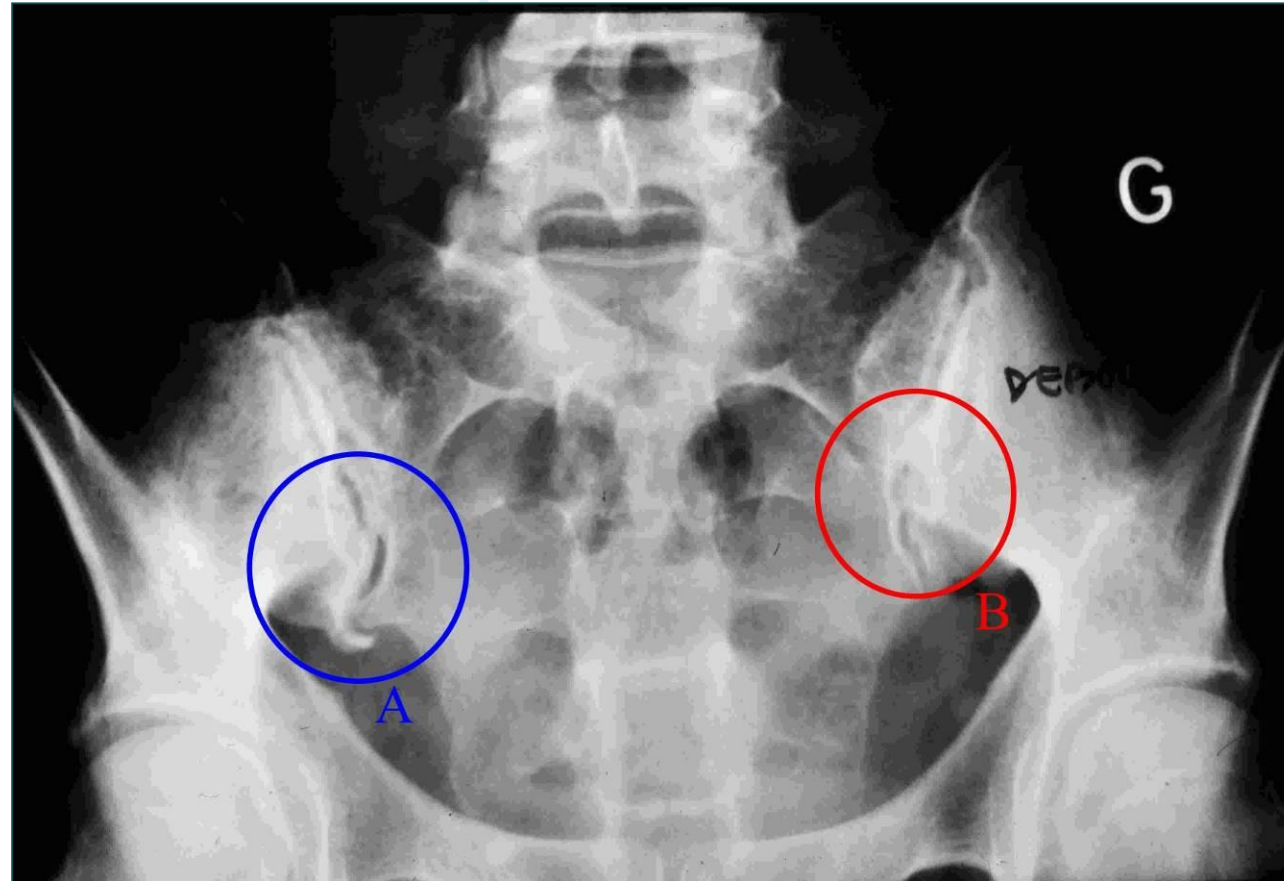


CLASIFICACIÓN DE CASTELLY DE LAS VÉRTEBRAS DE TRANSICIÓN LUMBOSACRAS

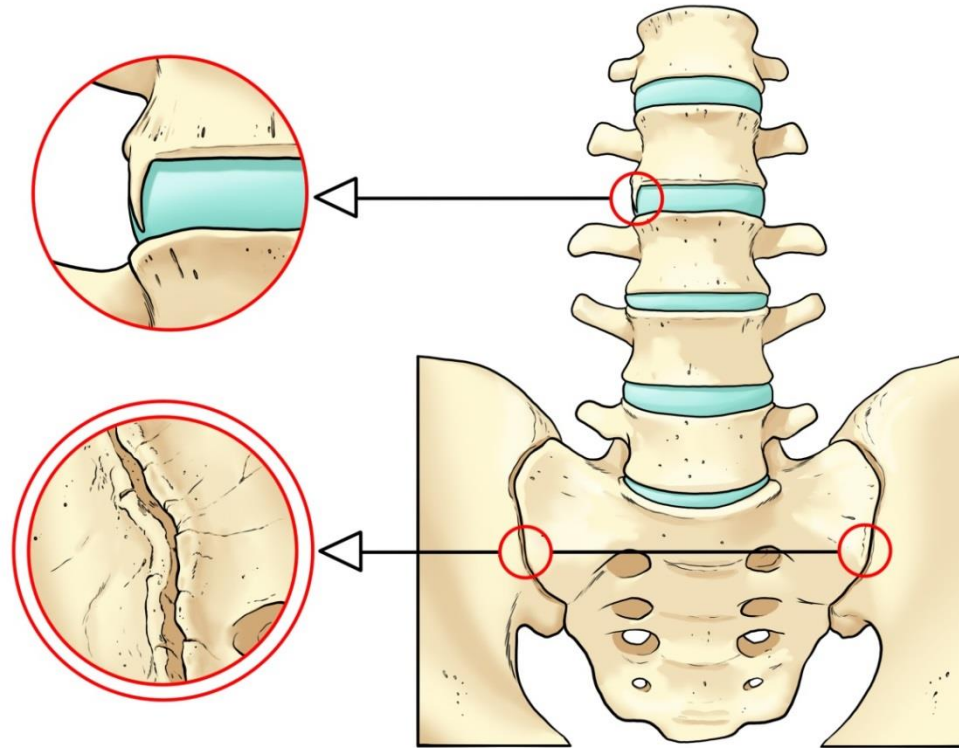


- Castellvi tipo IV: tipo IIa de un lado y tipo III del lado contralateral

ARTROSIS SACROILIACA



PELVIESPONDILITIS ANQUILOSANTE

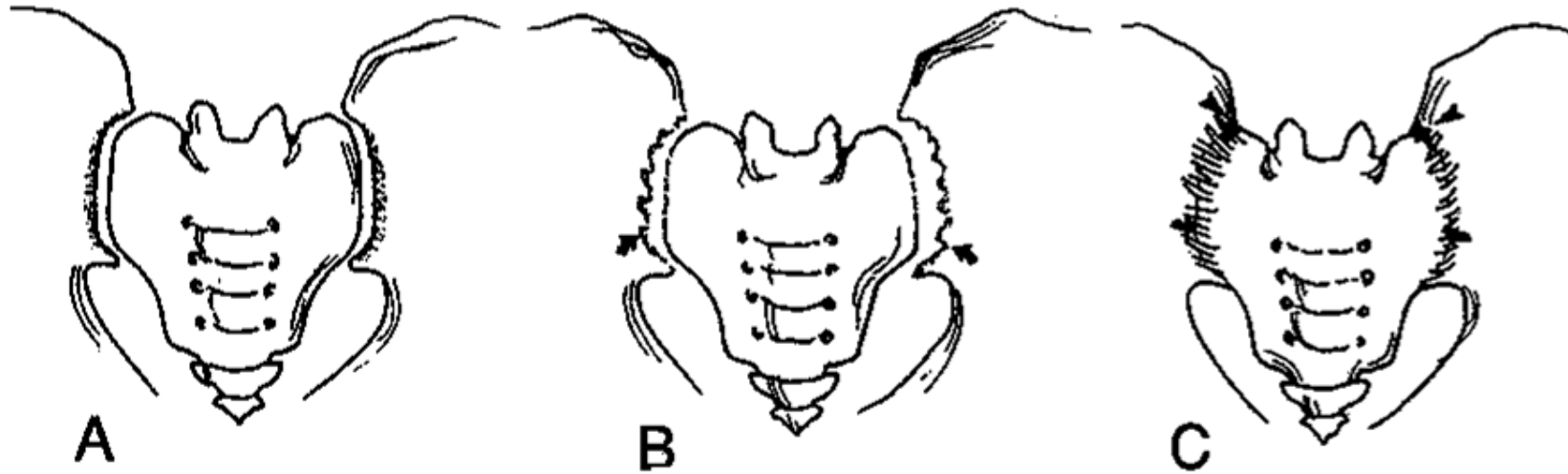


Diagnóstico positivo de la pelviespondilitis:

- SINDESMOFITO + AFECTACIÓN BILATERAL DE LAS SACROILIACAS



PELVIESPONDILITIS ANQUILOSANTE

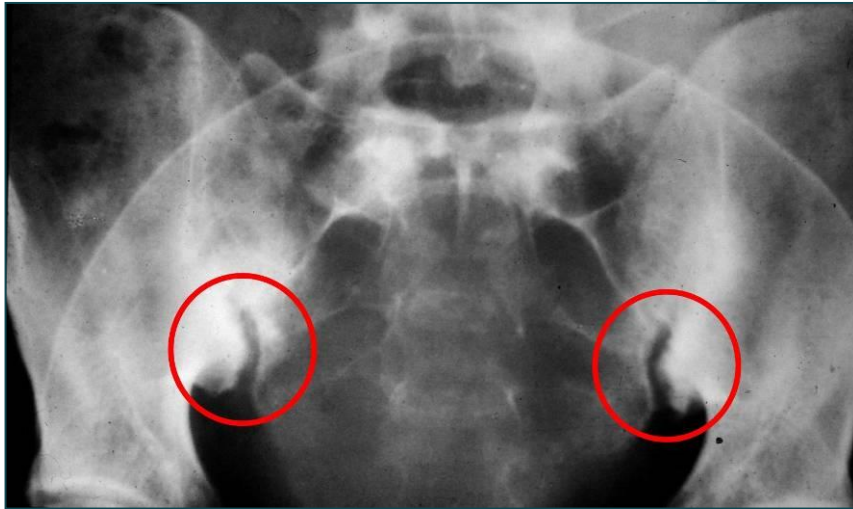


A – Ensanchamiento de la interlínea articular.

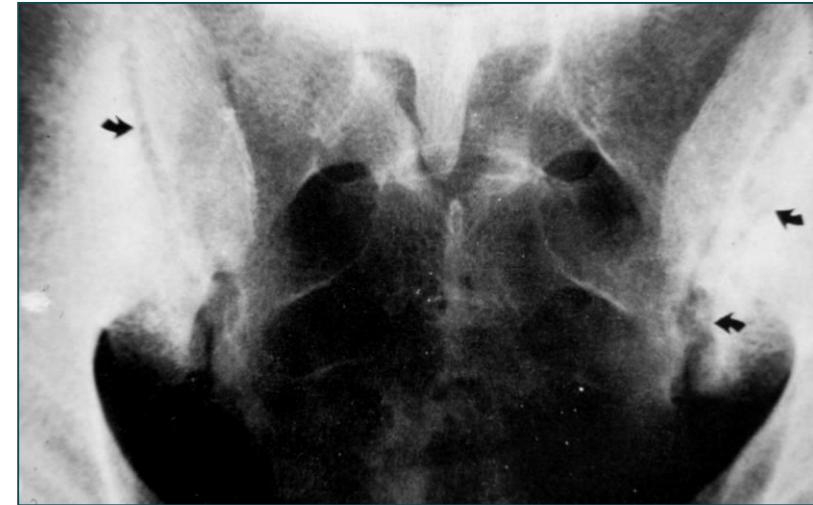
B – Aspecto en sello de correos.

C – Anquilosis ósea.

PELVIS EN LA PELVIESPONDILITIS



Etapa 1 de la pelviespondilitis :
Seudo-ensanchamiento de la parte inferior de la articulación sacroilíaca debido a una osteoporosis.



Etapa 2 de la pelviespondilitis:
Interlinea borrosa e irregular: aspecto en " sello de correo " o en " rosario " por descalcificación de los márgenes ilíacos y sacros (aspecto esgarrado).

ETAPA 2 DE LA PELVIESPONDILITIS: ASPECTO DE SELLO



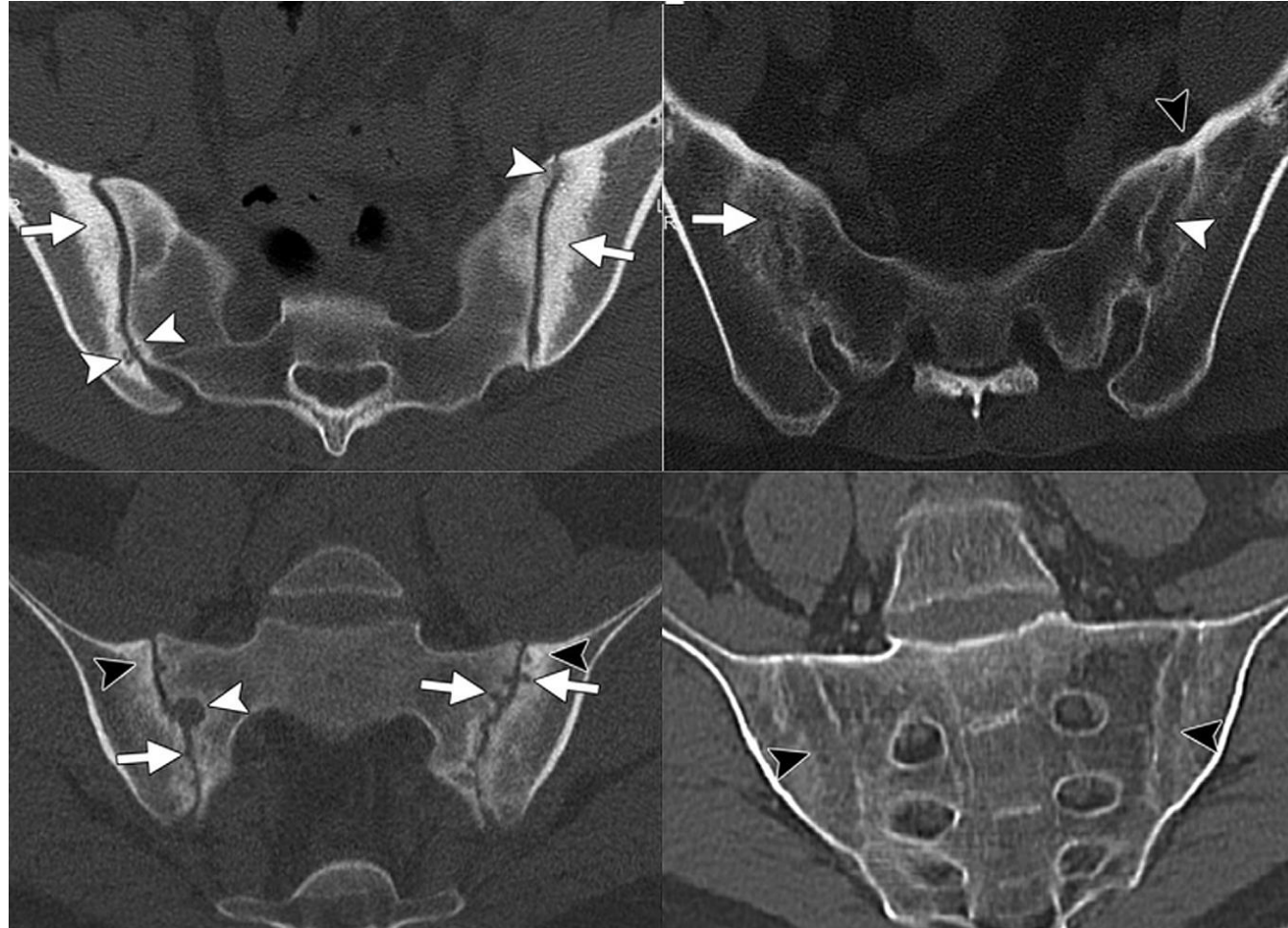
PELVIS EN LA PELVIESPONDILITIS



Etapa 3 de la pelviespondilitis: Después de 20 años, anquilosis:

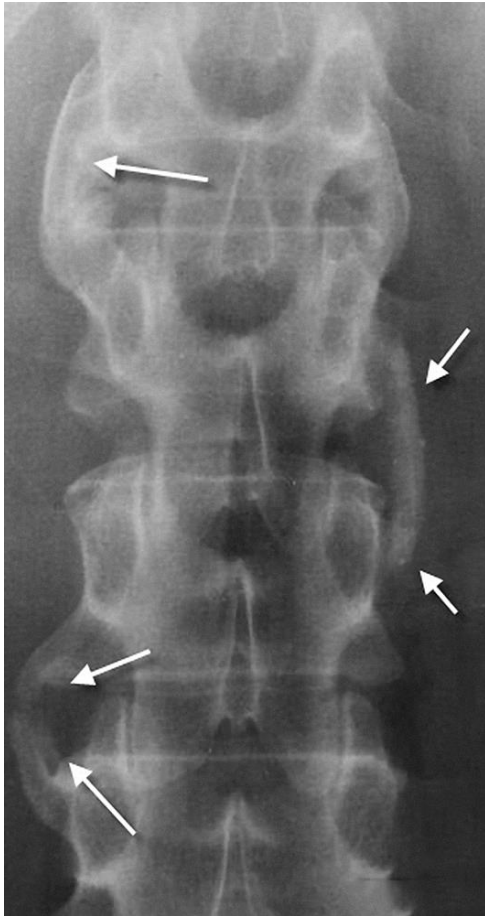
- Interlínea osificada invisible.
- Trabéculas oblicuas hacia abajo y hacia fuera.

PELVIS EN LA PELVIESPONDILITIS

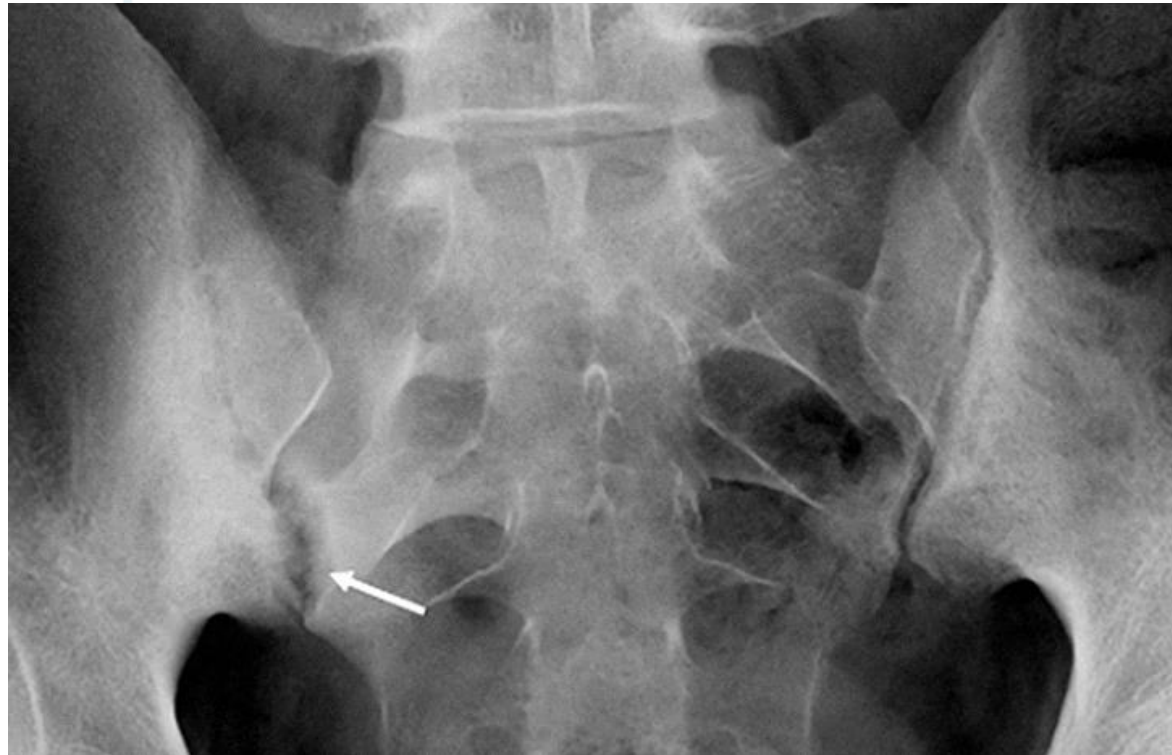


Etapas de la pelviespondilitis

PSORIASIS ARTICULAR



Lesiones vertebrales.

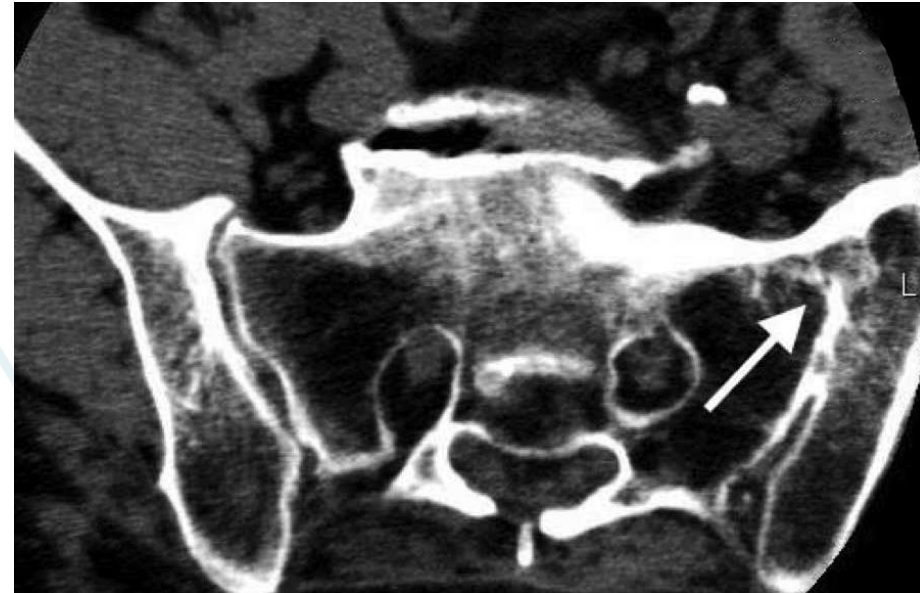
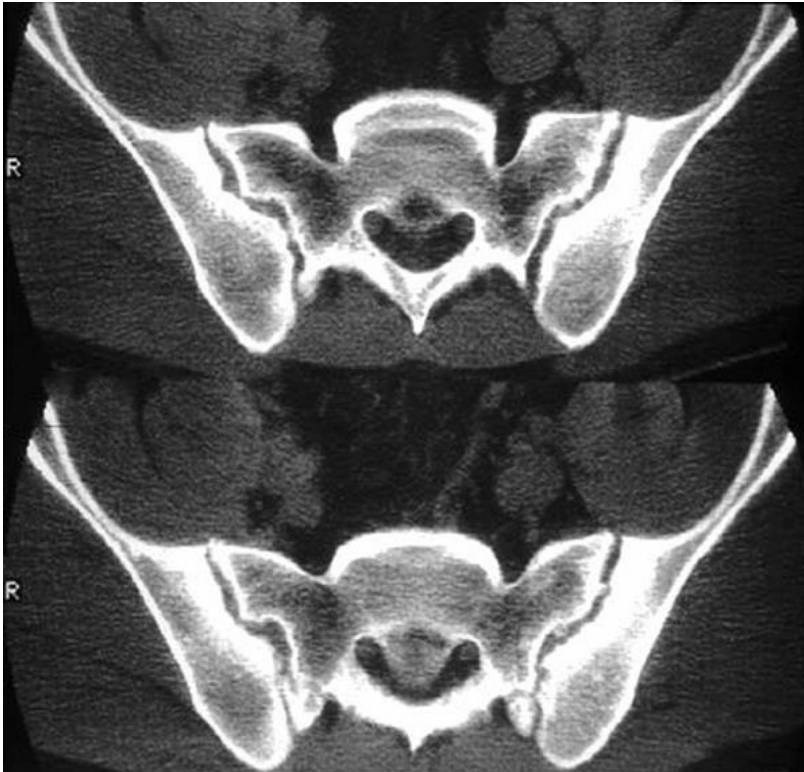


Lesión unilateral de la
sacroilíaca.

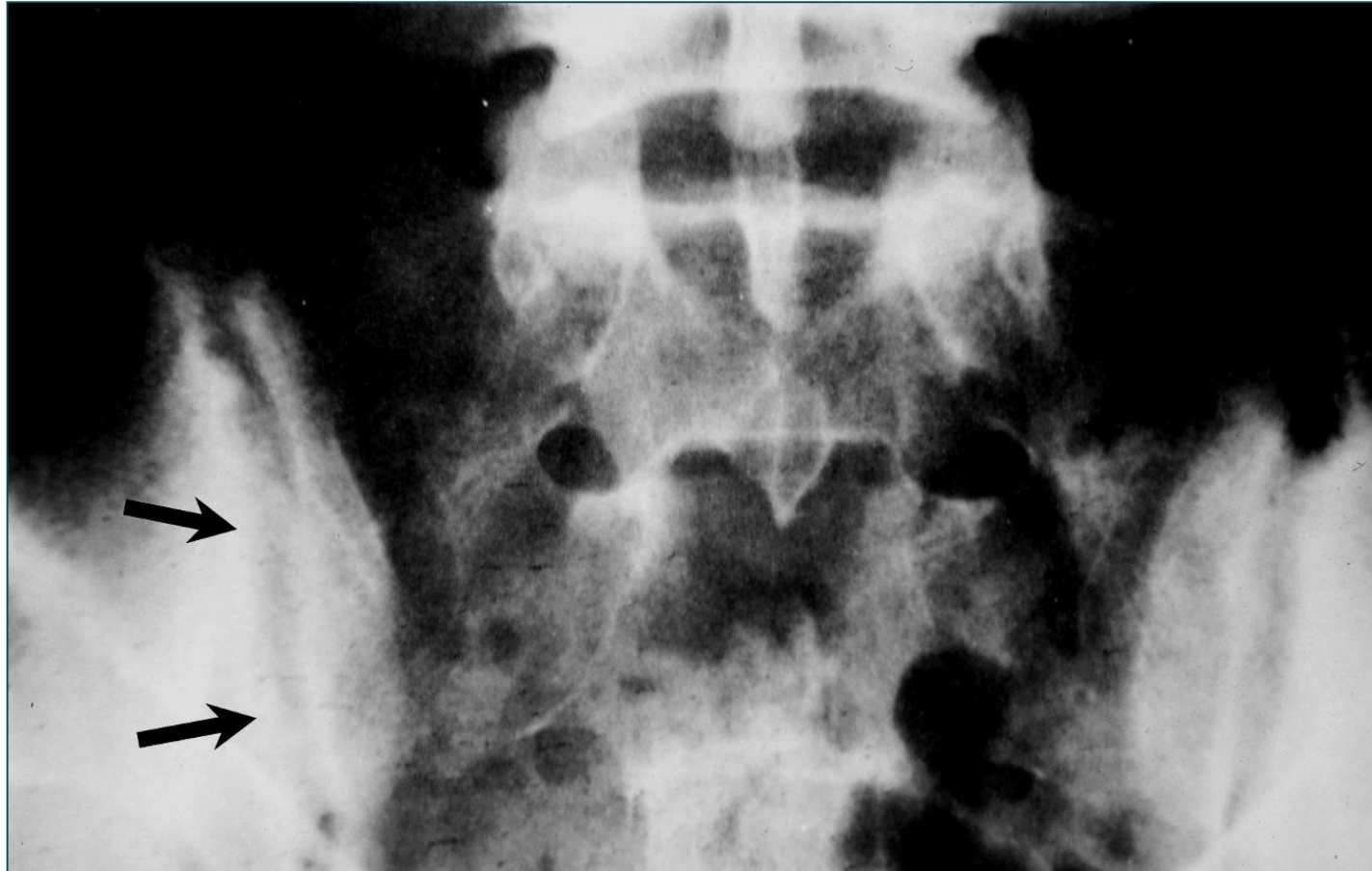
SINDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER (Síndrome óculo-uretro-sinovial de REITER)



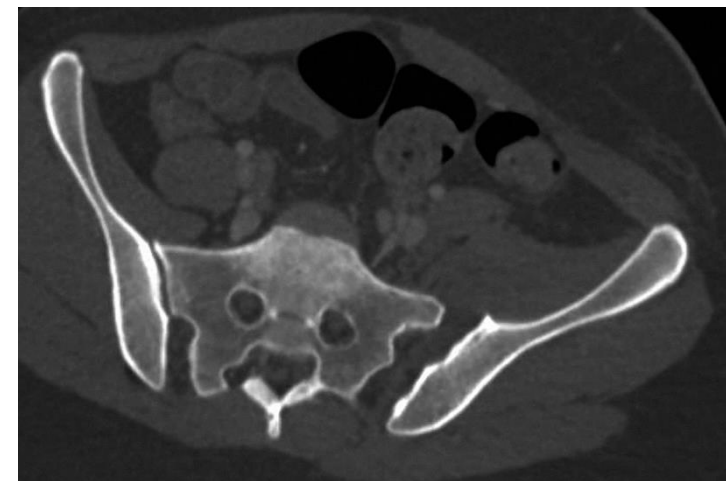
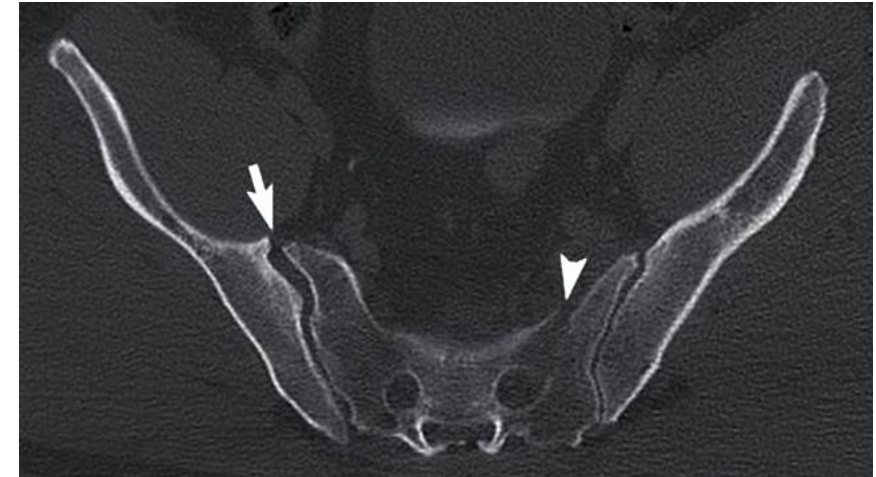
SINDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER (Síndrome óculo-uretro-sinovial de REITER)



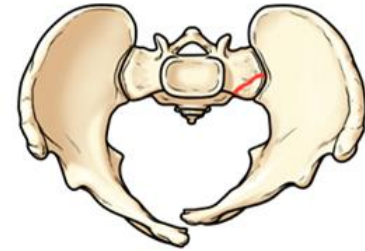
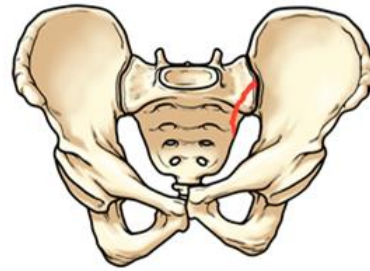
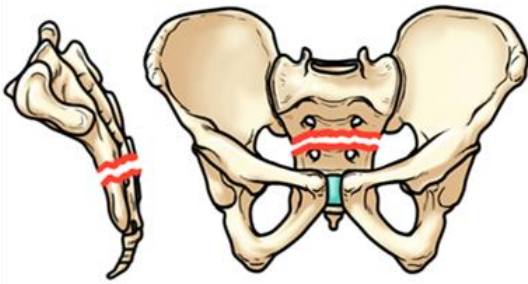
SACROILEITIS



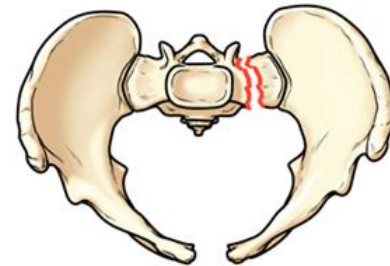
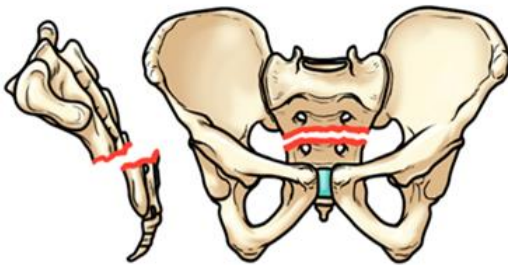
DIASTASIS SACROILIACOS



FRACTURAS DEL SACRO

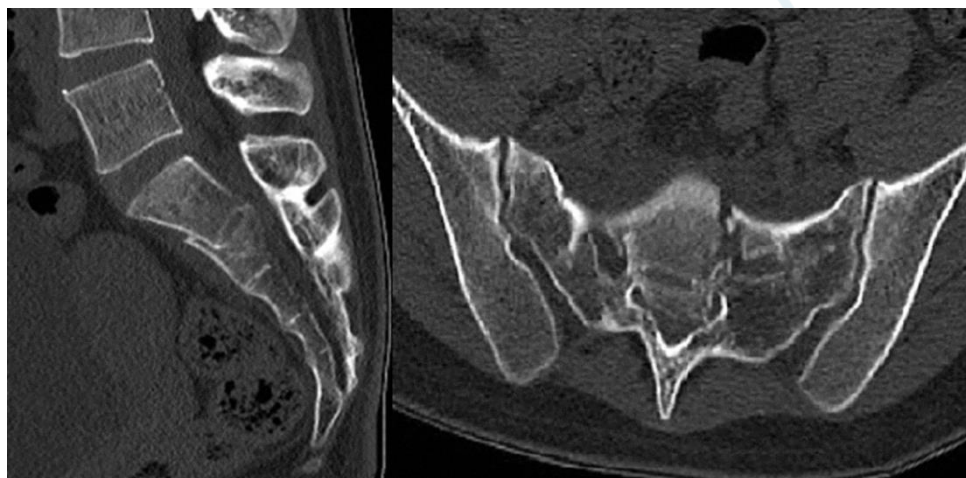
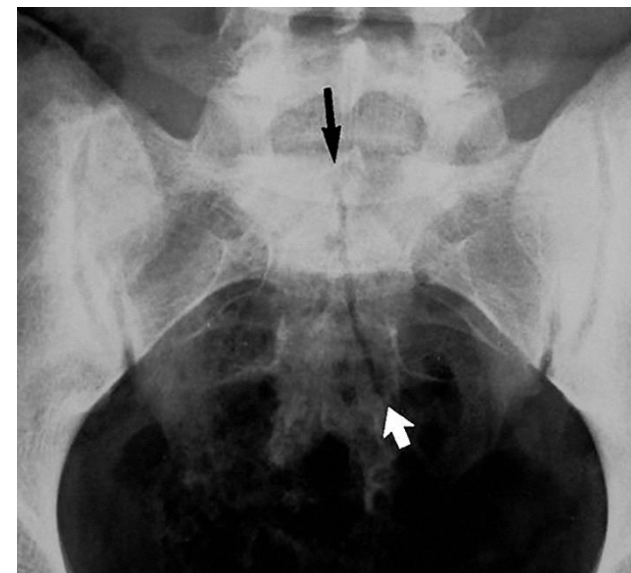
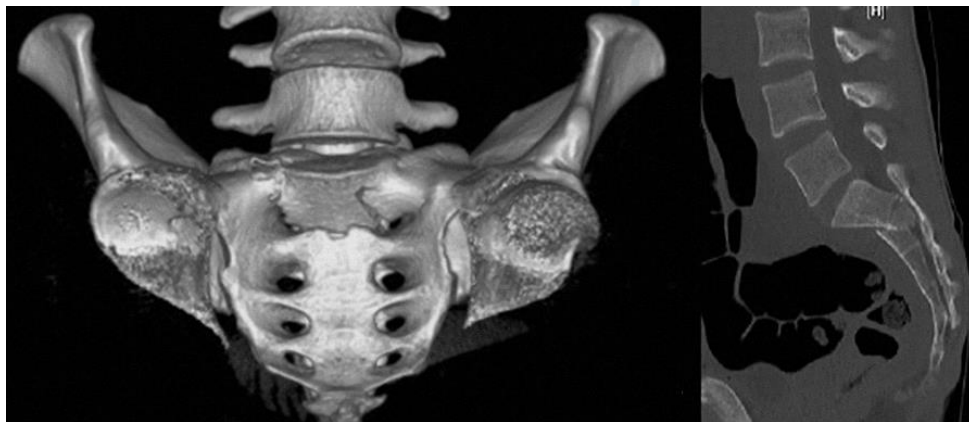


Fracturas no desplazadas

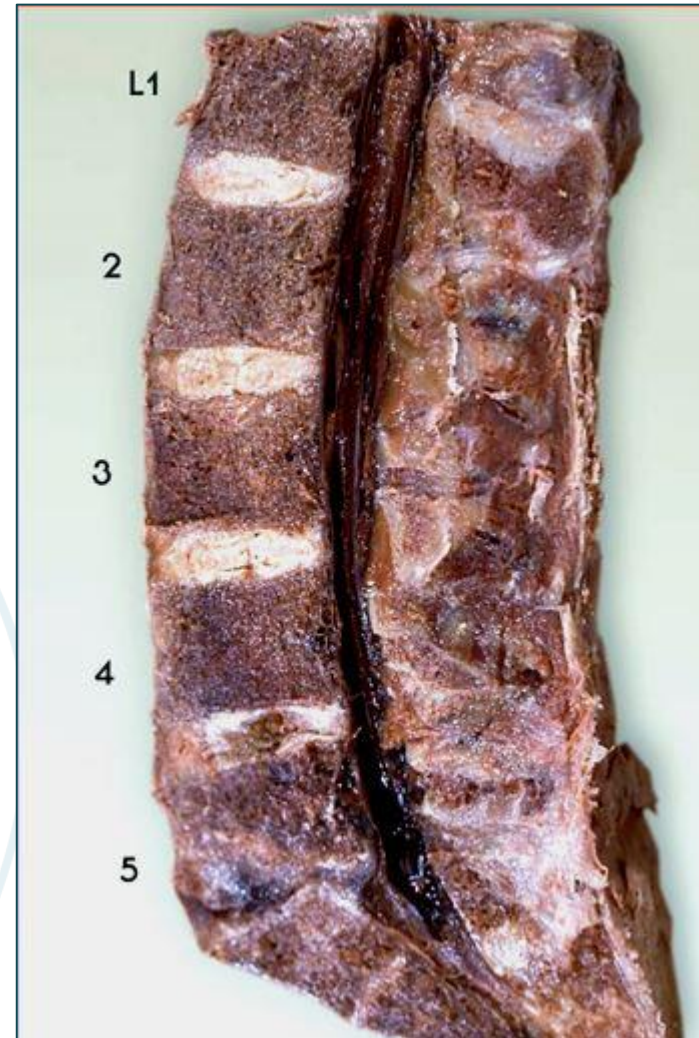


Fracturas desplazadas

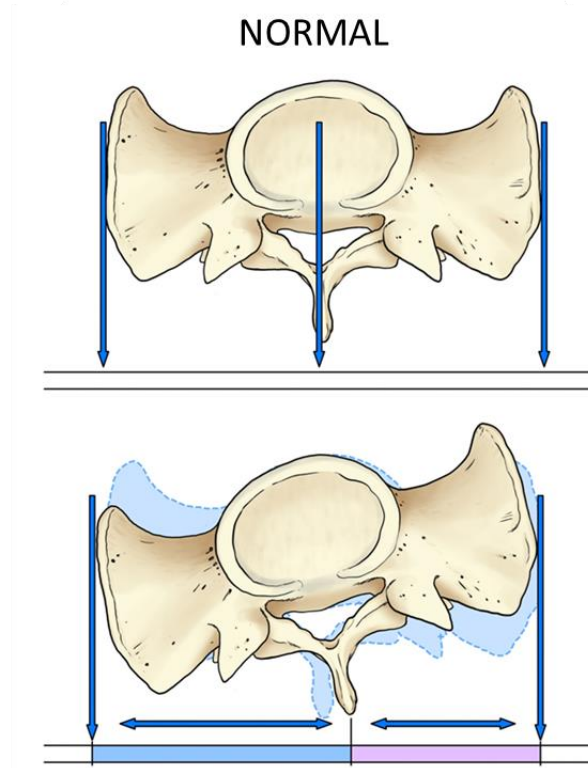
FRACTURAS DEL SACRO



DISFUNCION ANTERIOR DE LA BASE SACRA Y LA IMPORTANTE DESTRUCCION DISCAL L5-S1



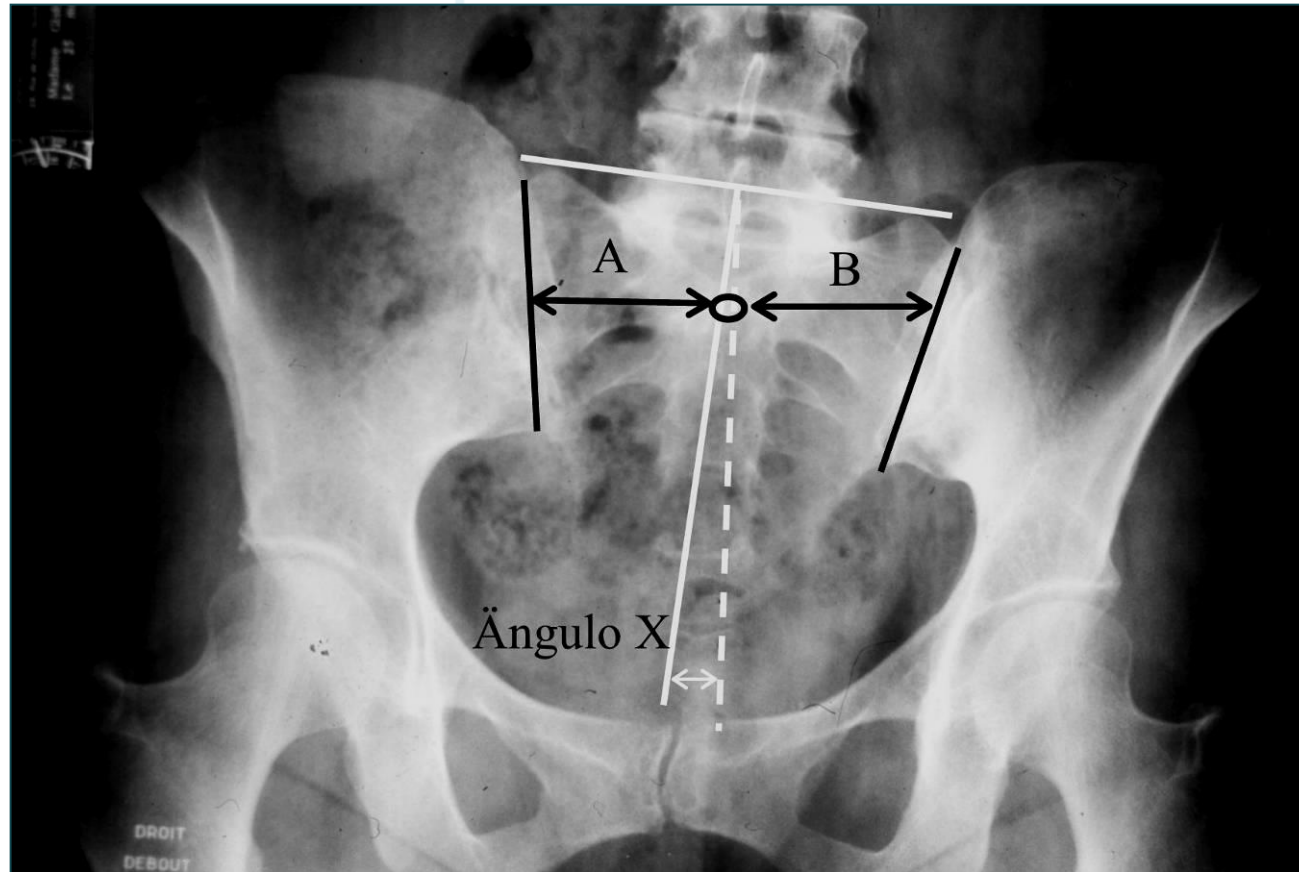
MEDICIONES RADIOLOGÍCAS PARA EL SACRO EN VISTA POSTEROANTERIOR



LA DISTANCIA MENOR INDICA EL LADO DE LA BASE ANTERIOR, EL LADO MAYOR LA BASE POSTERIOR

En vista AP será lo contrario.

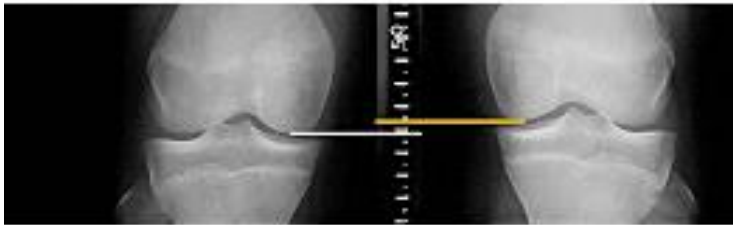
MEDICIONES RADIOLÓGICAS PARA EL SACRO



IRM DINÁMICA*



REPERCUSIONES DE LA ASIMETRIA DE LONGITUD DE LOS MIEMBROS INFERIORES

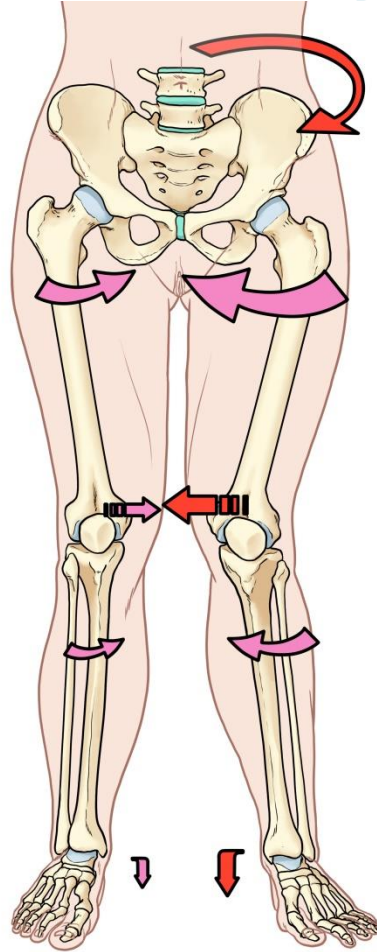


Telerradiografía del miembro inferior con acortamiento a la izquierda.

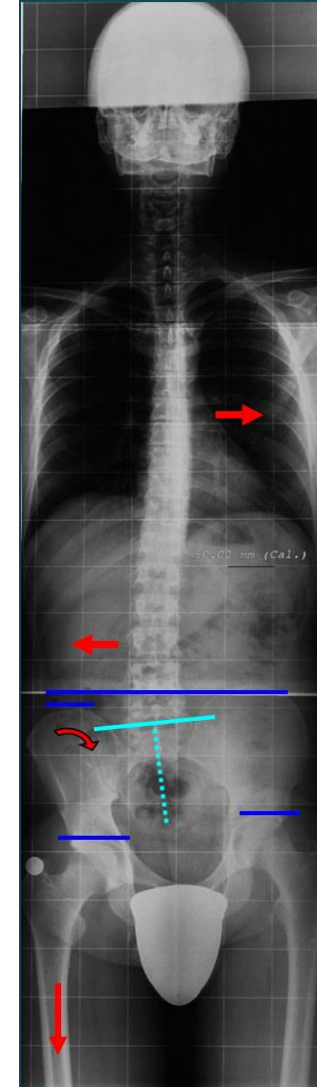


Telerradiografía del miembro inferior con acortamiento a la izquierda

ADAPTACIÓN A UNA PIERNA CORTA PODAL O ANATÓMICA



Pierna corta izquierda
por valgo asimétrico

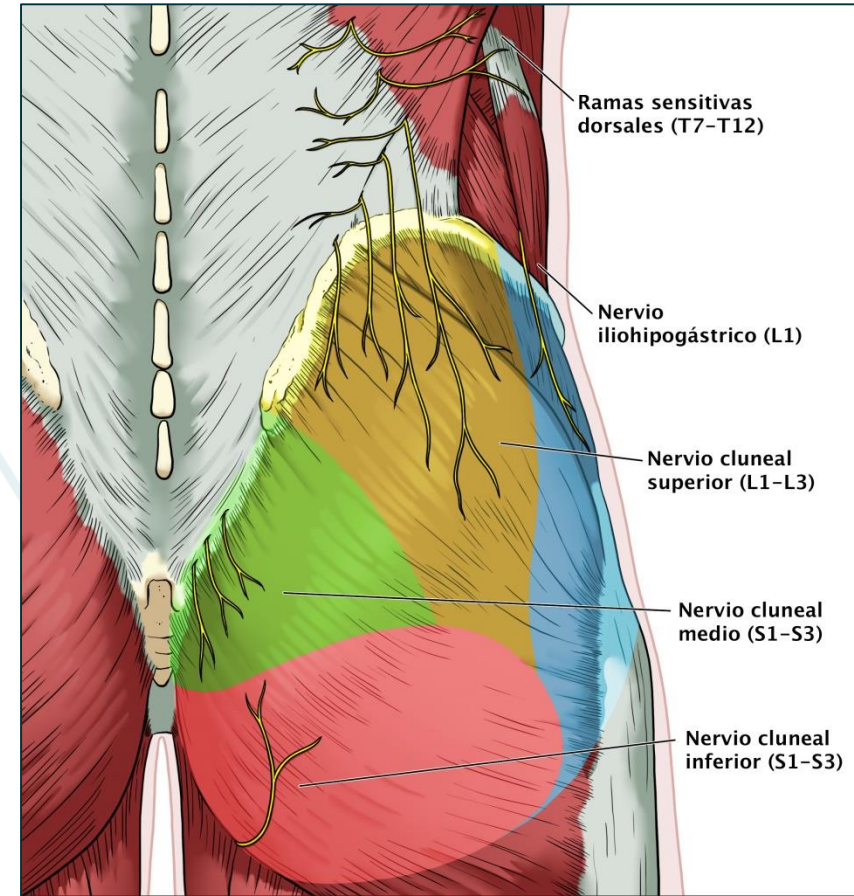
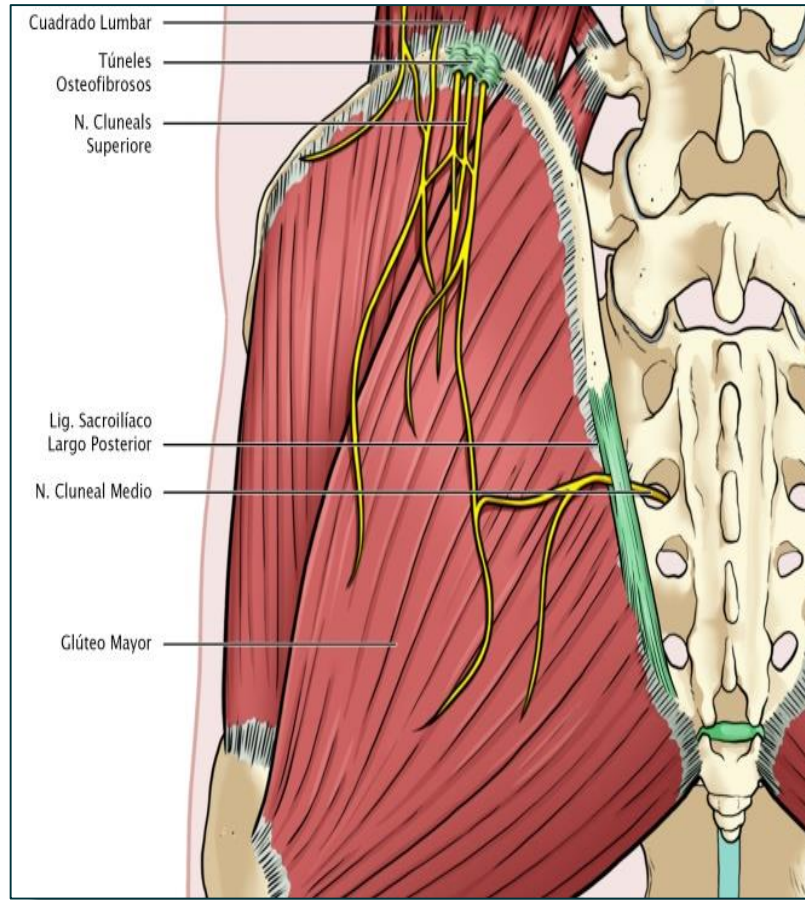


ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES

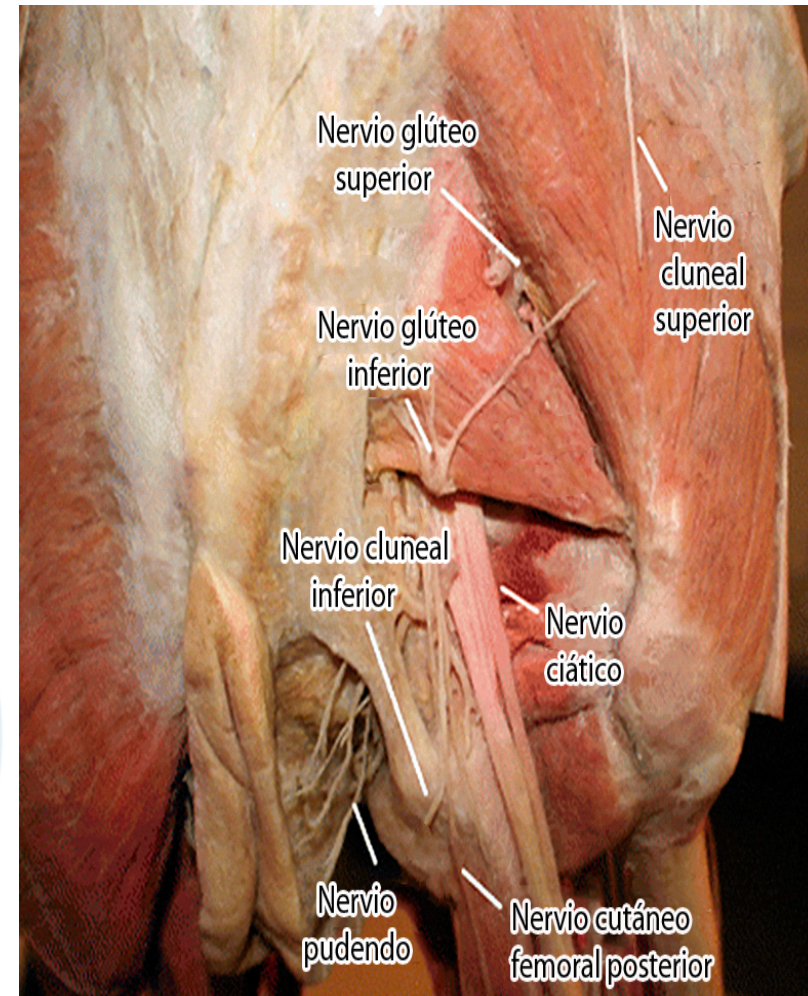
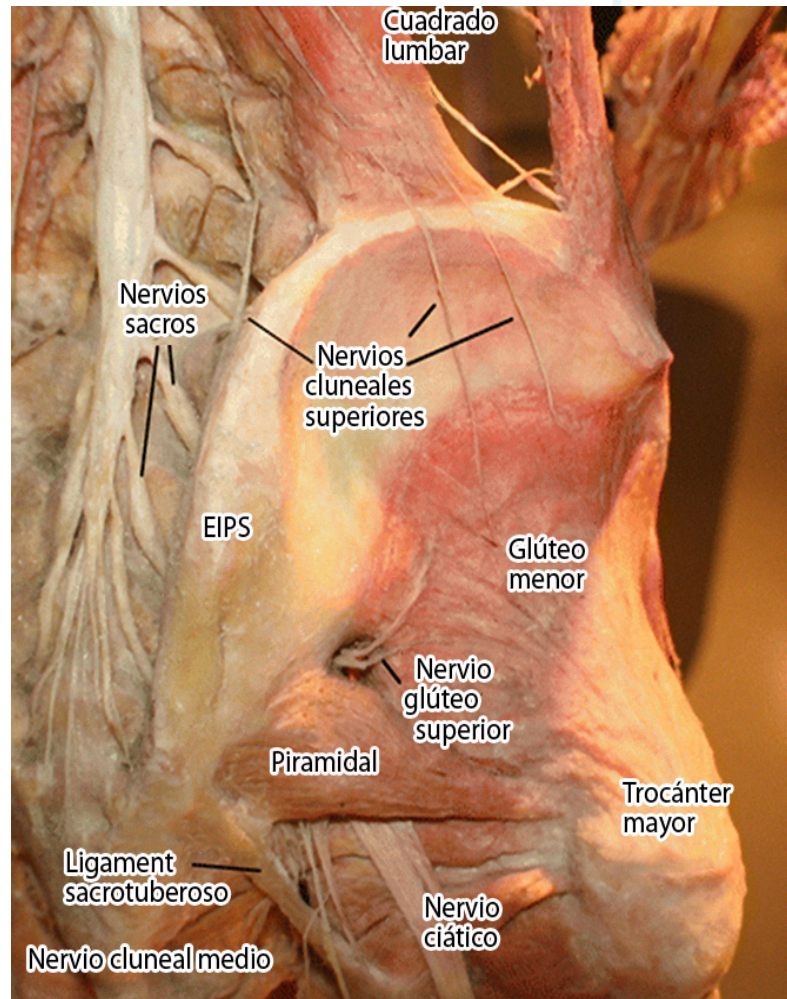
- Los trastornos del nervio cluneal superior representan el 12% de todos los pacientes que presentan un dolor lumbar y/o síntomas en las piernas.
- Origen de los nervios cluneales:
 - Nervios cluneales superior → ramos dorsales de L1-L3.
 - Nervios cluneales medios → ramos dorsales de S1-S3.
 - Nervios cluneales inferiores → ramos dorsales de S1-S3.



ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES



ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES



PATOGENIA DEL ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES

La neuralgia cluneal es el resultado de un nervio atrapado:

- El atrapamiento de la rama medial del nervio cluneal superior se produce cuando perfora los túneles osteofibrosos fasciales toracolumbares a nivel de la cresta ilíaca posterior (Kuniya et al, Maigne et al y Lu et al).
- El nervio cluneal medio sale de los agujeros de S1 a S3 y viaja por debajo de la EIPS con un trayecto aproximadamente horizontal para inervar la piel suprayacente al área posteromedial del glúteo.



PATOGENIA DEL ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES

El nervio se ve atrapado debajo o dentro de la capa más profunda del ligamento sacroilíaco posterior largo que penetra (Aota, Tubbs et al, Sittitavornwong et al).



Atrapamiento nervio cluneal medio en ligamento sacroilíaco posterior largo.

DIAGNÓSTICO DEL ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES

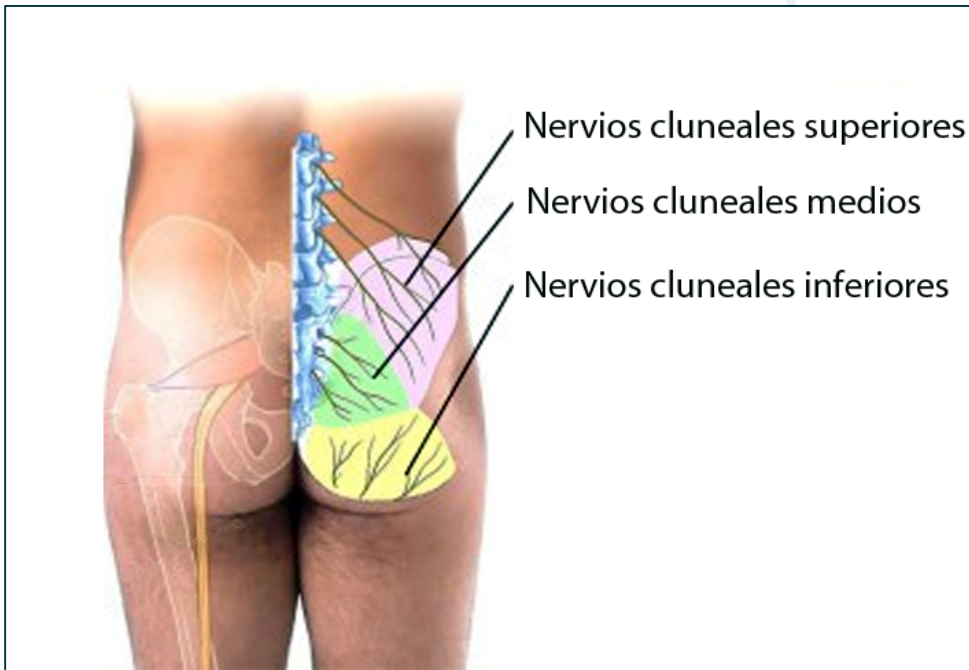
La lumbalgia atribuible a la neuropatía del nervio cluneal superior implica la cresta ilíaca y los glúteos y se puede diagnosticar erróneamente como un trastorno lumbar.

Los síntomas incluyen:

- Lumbalgia alrededor de la cresta ilíaca.
- Flexión y extensión lumbar son muy limitada, especialmente la flexión lumbar.
- Agravación por los movimientos lumbares que involucran flexión, extensión, lateroflexión, rotación, posición de pie y caminar.
- Claudicación intermitente, con el 50% de los pacientes que informan síntomas en las piernas.



DIAGNÓSTICO DEL ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES



Movimientos y posturas que agravan los síntomas en sujetos con sospecha de trastorno del nervio cluneal superior (n = 113) según Kuniya et al.

Movimientos y posturas	Número
Caminando	39
Levantarse de un asiento	33
Bipedestación	25
Flexión lumbar	16
Extensión lumbar	11
Decúbito	7
Sedestación	6
Cualquier movimiento	4
Llevar peso del lado afectado	2
Levantar algo pesado	2
Movimientos de torsión	2
Salir de la cama	2
Procúbito	2
Bajar las escaleras	1
Ninguna actividad	5



Se necesitan múltiples respuestas.



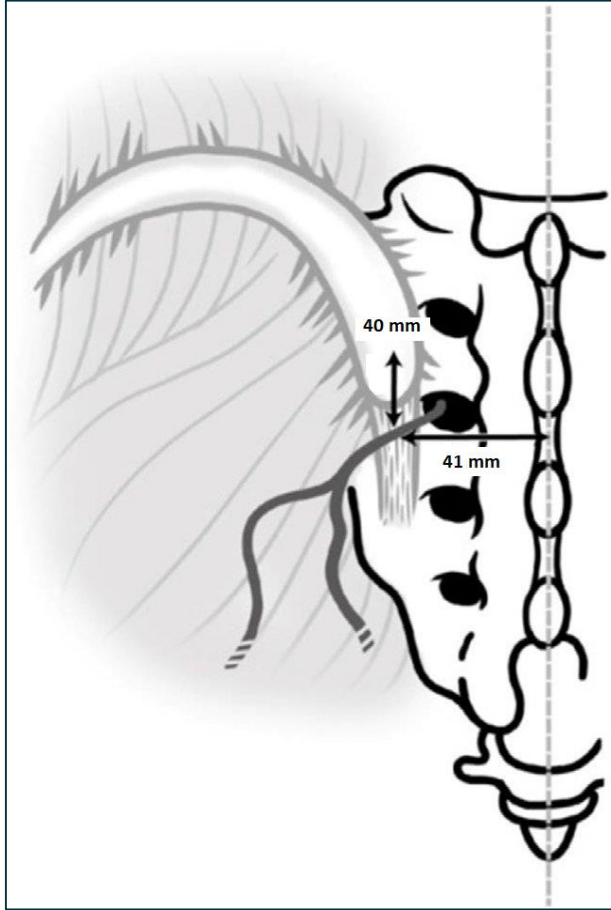
PALPACIÓN DE LOS NERVIOS CLUNEALES

El atrapamiento del nervio cluneal se realiza mediante la palpación de la cresta ilíaca.

- La palpación del nervio cluneal superior se realiza a nivel de la parte posterior de la cresta ilíaca. El punto más sensible se encuentra aproximadamente a 7-8 cm de la línea media y 5-6 cm de la EIPS donde la rama medial del nervio cluneal superior pasa a través de túneles osteofibrosos de la fascia toráco-lumbar en su inserción de la cresta ilíaca.



PALPACIÓN DE LOS NERVIOS CLUNEALES



- La palpación del nervio cluneal medio se realiza en el ligamento sacroilíaco posterior, lo que desencadena una marcada sensibilidad y provoca síntomas. El punto sensible del nervio cluneal medio está en el ligamento sacroilíaco posterior a 4 cm caudal a la EIPS.

TRATAMIENTO DEL ATRAPAMIENTO DE LOS NERVIOS CLUNEALES SUPERIORES

- Inervación L1- L3.
- Normalizar la posición del ilíaco y de la 12ª costilla.
- Relajar el cuadrado lumbar.
- Técnicas de creeping fascial para los túneles osteofibrosos de la fascia toracolumbar.



TRATAMIENTO DEL ATRAPAMIENTO DEL NERVIIO CLUNEAL MEDIO

- Inervación S1-S2.
- Normalizar la posición del ilíaco y del sacro.
- Relajar los músculos espinales y glúteo mayor (particularmente la inserción muscular sacra, a altura del 2º agujero sacro, e ilíaca en la zona de la EIPS).
- Técnicas de creeping fascial para el túnel del ligamento sacroilíaco posterior.





**Visita nuestro
departamento clínico**

CLASES PRACTICAS

www.clinicaeom.com