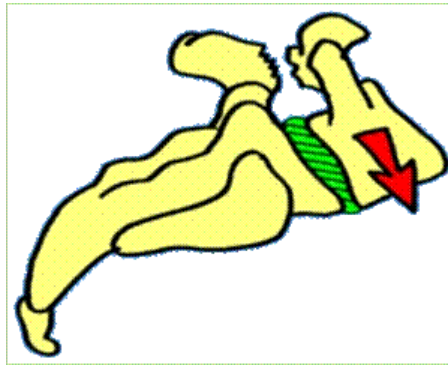


ESPONDILOLISTESIS

DEFINICIÓN

- ✓ La espondilolistesis es el deslizamiento anterior de una vértebra con respecto a la vértebra subyacente (ANTELISTESIS).
- ✓ Puede ser lítica con rotura del arco posterior o no-lítica, sin rotura del arco posterior.
- ✓ La pre-espondilolistesis indica que el desplazamiento anterior se producirá necesariamente.



DISTINTAS LOCALIZACIONES

ESPONDILOLISTESIS CERVICAL:

- ✓ Poco frecuente y sintomático, afecta más a C6, pero se puede encontrar en los niveles C5, C4 o C2.
- ✓ Afecta más al hombre, resulta de una agenesia o de una displasia

ESPONDILOLISTESIS LUMBAR:

- ✓ En un 90 % de los casos afecta a L5. Es más frecuente en el hombre (1 por 2) y en la raza negra.
- ✓ Toca 9,4% de la población.
- ✓ Se asocia muy a menudo con una hiperlordosis lumbar y un espina bifida oculta.

ETIOLOGÍA:

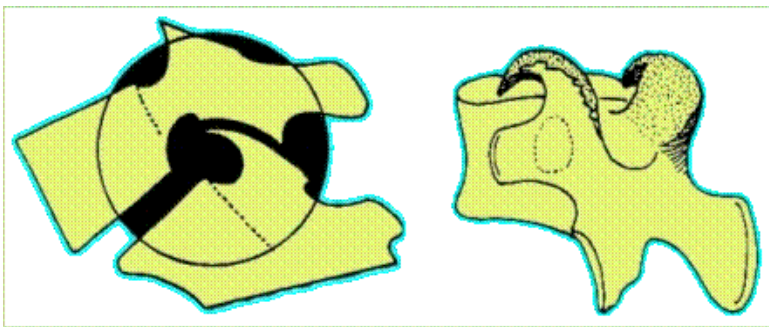
TIPO 1: DISPLÁSICO

- ✓ Congénita, resulta de la separación de los centros de osificación posteriores de la vértebra, o de una malformación del platillo sacro. En este caso el ángulo lumbosacro es responsable del deslizamiento anterior de L5.
- ✓ Raramente la antelistesis se produce antes de los 18 años de edad.

TIPO 2. ÍSTMICO

- ✓ SUBTIPO A: Es la fractura de estrés, frecuente a partir de 45 años.
- ✓ SUBTIPO B: Es la elongación del arco posterior sin separación.

TIPO 3: DEGENERATIVO O ARTRÓSICO



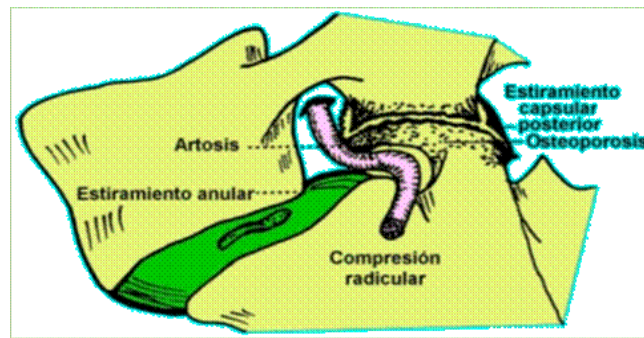
- ✓ Es una pseudo-espondilolistesis: no hay solución de continuidad del arco posterior.
- ✓ Cuando afecta a L4 se asocia muy a menudo con una sacralización de L5.
- ✓ El deslizamiento anterior se debe a la artrosis de las carillas lumbosacras y a la discartrosis.
- ✓ Existe un aumento del ángulo carilla-pedículo.

TIPO 4: TRAUMÁTICO

- ✓ Es la fractura traumática por hiperextensión del tronco (mecanismo del corta-puro).
- ✓ Afecta a un 16,5% de los deportistas, frecuente en deportes como tenis, halterofilia, gimnasia...

TIPO 5: PATOLÓGICO

- ✓ Enfermedad de PAGET
- ✓ Osteoporosis
- ✓ Carcinoma.



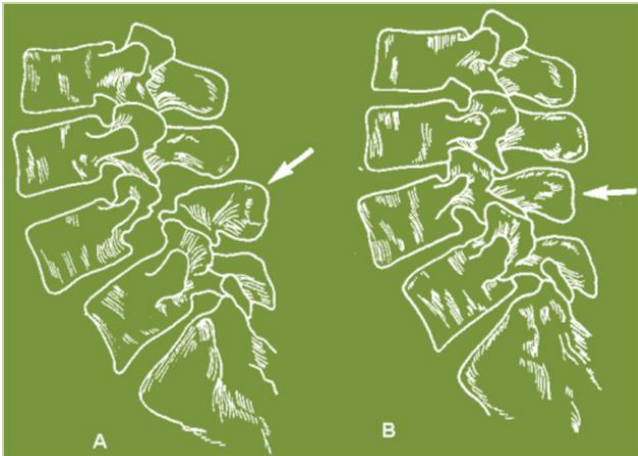
SEMIOLOGÍA

DOLOR:

- ✓ Más de un 50 % de los pacientes con espondilolistesis no presentan dolor. En caso de dolor, se encuentra un antecedente de traumatismo en un 25 %.
- ✓ El dolor se debe a:
 - Un Síndrome de hiperpresión de las carillas lumbosacras (hiperlordosis).
 - Una hipermovilidad reaccional por disfunción de la sacroilíaca.
 - Al disco y las raíces si el deslizamiento anterior es importante.
 - El estrés discal que provoca la rotura del anillo fibroso y aumenta el riesgo de hernia discal.
 - A la disminución de altura del disco que produce un sufrimiento de las raíces nerviosas por presión de los pedículos

EXAMEN FÍSICO:

- ✓ **INSPECCIÓN:** El paciente presenta a menudo una hiperlordosis con nalgas prominentes. Se asocia una retracción de los isquiotibiales.
- ✓ **PALPACIÓN:**
 - Hueco a nivel de la apófisis espinosa (B) en caso de espondilolistesis degenerativa.
 - Bulto (retroceso) de la apófisis espinosa (A) en caso de espondilolistesis traumática.
- ✓ **MOVILIZACIÓN ACTIVA:**
 - Limitación de la flexión del tronco.
 - Pérdida de extensibilidad de los isquiotibiales.



RADIOLOGÍA:

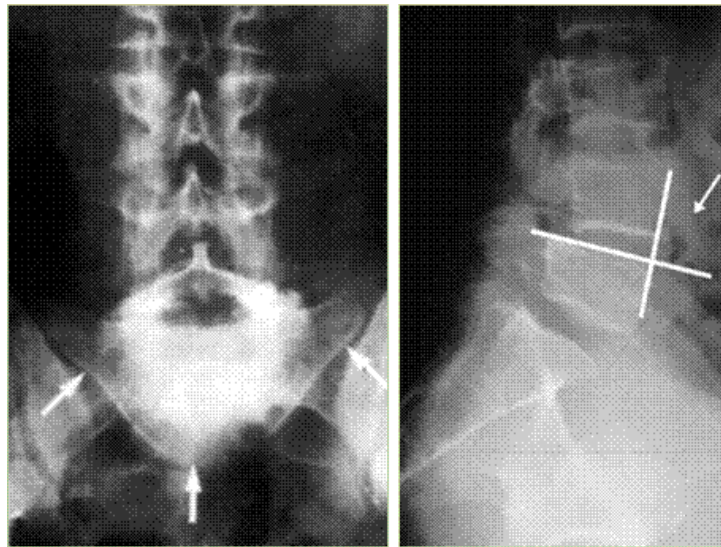
CLICHÉ DE FRENTE: Signo del sombrero de NAPOLEON al revés.

CLICHÉ DE PERFIL:

- ✓ **LÍNEA DE GILMAN:** La perpendicular dibujada a partir de la horizontal que pasa por el platillo del sacro debe llegar al límite anterior del cuerpo vertebral de L5: si esta perpendicular corta el cuerpo de L4, existe un espondilolistesis.

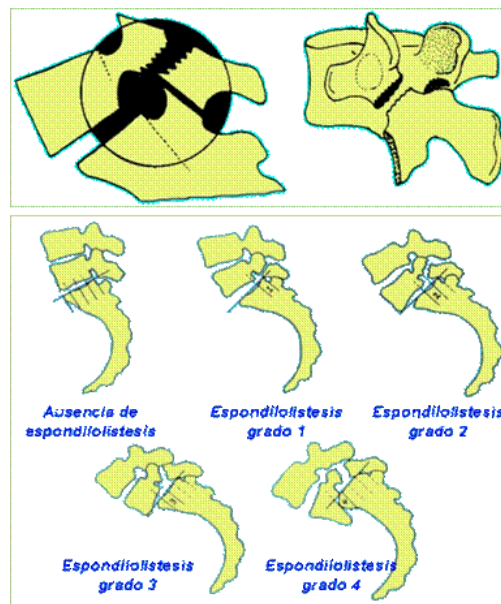
CLICHÉ DINÁMICO: Estabilidad de la espondilolistesis

- ✓ Se superponen 3 clichés de perfil: flexión, posición neutra y extensión.
- ✓ Se mide el desplazamiento del borde posterior de L5 o L4 entre posición neutra y flexión, entre extensión y posición neutra.
- ✓ Un desplazamiento de 4 mm traduce una inestabilidad de la espondilolistesis (pronóstico malo).



CLICHÉ OBLICUO: Presenta la rotura del cuello del perrito, que traduce la lisis ístmica

CLASIFICACIÓN DE MEYERDING



PROTOCOLO DE TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO DE LA ESPONDILOLISTESIS

- ✓ Reducir la hiperlordosis: gimnasia en cifosis (abdominales hipotónicos).
- ✓ Posteriorizar la base del sacro que se encuentra en posición de anterioridad.
- ✓ Liberar las sacroilíacas y los niveles vertebrales suprayacentes para reducir la



hipermovilidad reaccional de L5 +++.

- ✓ Técnicas directas para espondilolistesis.
- ✓ Técnicas indirectas de lumbar roll en flexión.
- ✓ Stretching de los espinales lumbares e isquiotibiales.
- ✓ Técnica de flexión-distracción (en caso de hernia discal se aplicará el protocolo de tratamiento para hernia discal)

LIBRO DE REFERENCIA:

- François Ricard. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. Ed. Medos; Madrid 2013.



Escuela de
Osteopatía
de Madrid

CIÁTICAS

10. ESPONDILOLISTESIS