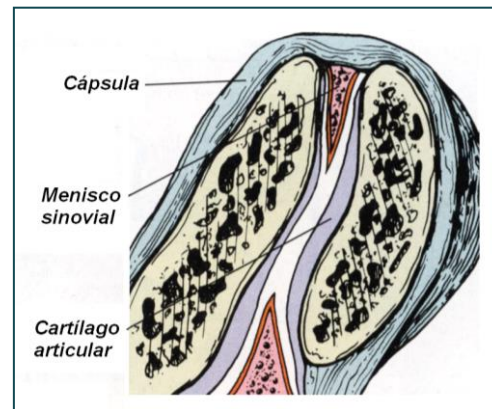
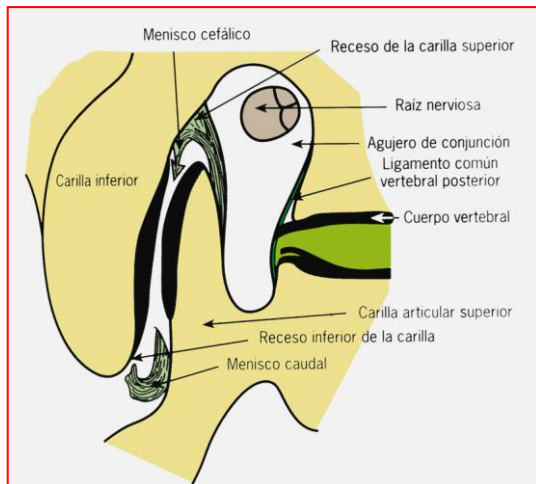
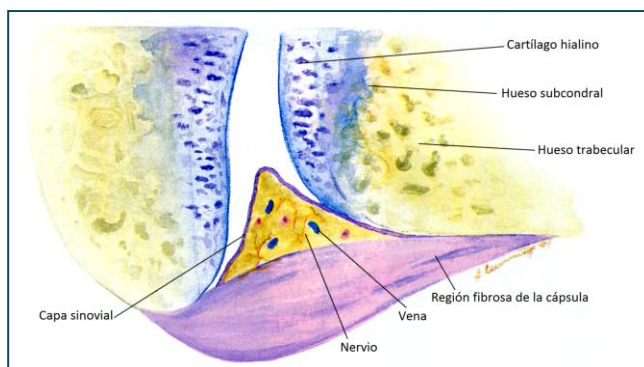


ARTROPATÍAS FACETARIAS

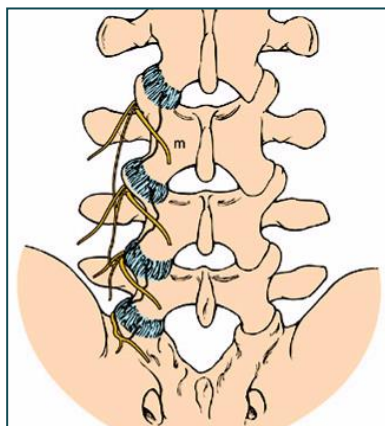
Anatomía de las carillas



HISTOLOGIA DEL MENISCO SINOVIAL FACETARIO

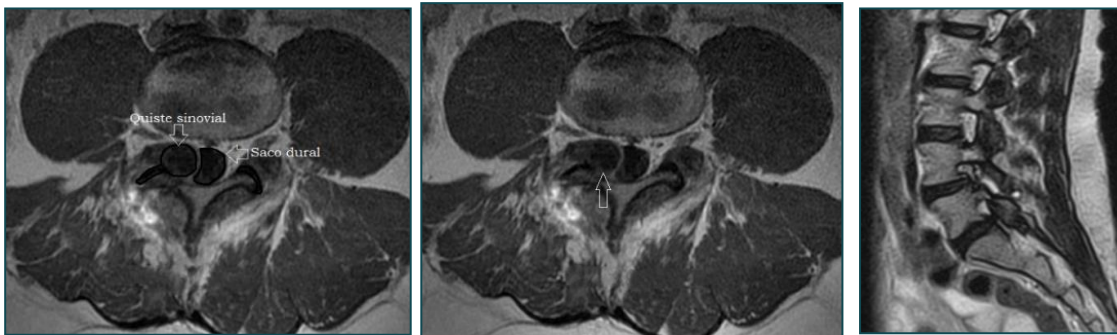


INERVACION DE LA CARILLA ARTICULAR



QUISTE SINOVIAL FACETARIO

- ✓ Lesiones degenerativas intraespinales y extradurales, poco frecuentes, que se originan en la cápsula de la articulación facetaria
- ✓ Asociado a cambios degenerativos de las articulaciones facetarias con traumatismo mínimo repetido.
- ✓ Se asocia a un exceso de movilidad articular responsable de la herniación de la membrana sinovial a través de una cápsula articular defectuosa .
- ✓ 65% L4-L5, 20% en L3-L4 y 15% en L5-S1.
- ✓ Entre 55 y 60 años, ligera predominancia femenina y la gran mayoría son sintomáticos



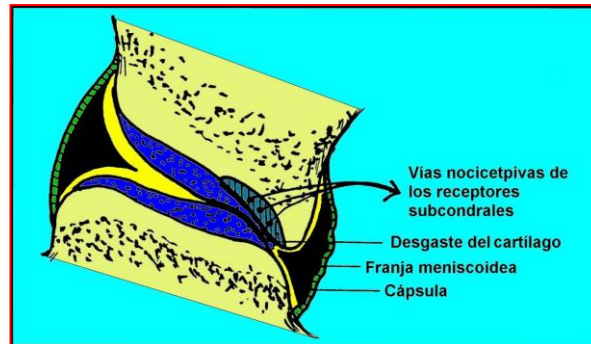
- ✓ IRM :
 - Lesión quística proveniente de la articulación facetaria:
 - Si fluido seroso = isointenso en T1 e hiperintenso en T2
 - Si viscoso = hiperintenso en todas las señales .
 - Gas en su interior es un signo patognomónico de quiste sinovial
- ✓ TRATAMIENTO:
 - Reposo prolongado y corsé toráco-pélvico.
 - Aspiración del quiste por aguja guiada por TAC.
 - Inyección de corticoides intraarticular.
 - Cirugía: laminectomía o hemilaminectomía con una facetectomía parcial y resección del quiste sinovial, con disección de las adherencias.

ARTROPATIAS FACETARIAS

1. La artrosis interapofisaria y la retrolistesis artrósica.
2. La tensión capsuloligamentaria en extensión.
3. Los bloqueos facetarios.
 - ✓ Los bloqueos de origen fibroso
 - ✓ Los bloqueos condropáticos
 - ✓ El bloqueo por pinzamiento de los meniscos sinoviales

ARTROSIS INTERAPOFISARIA

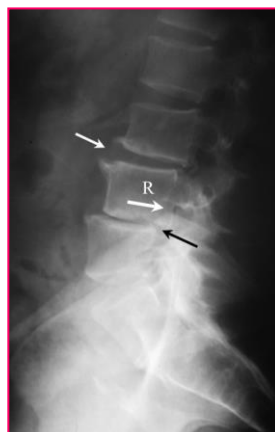
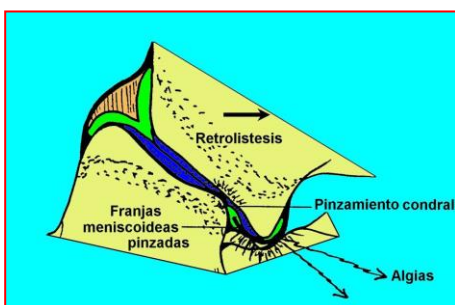
Las presiones articulares son responsables de un desgaste del cartílago articular, de una condropatía precoz. Cuando las presiones llegan al hueso subcondral los nociceptores mandan mensajes nociceptivos



- ✓ Los márgenes articulares se condensan y aparece la artrosis articular posterior.
- ✓ Cuando estas lesiones aumentan pueden provocar estenosis del canal raquídeo y se acompañan de una hipertrofia de los ligamentos amarillos.
- ✓ Osteofitos anteriores pueden provocar una estenosis foraminal con irritación del nervio sinus vertebral, de las arterias y de las venas perirradiculares.

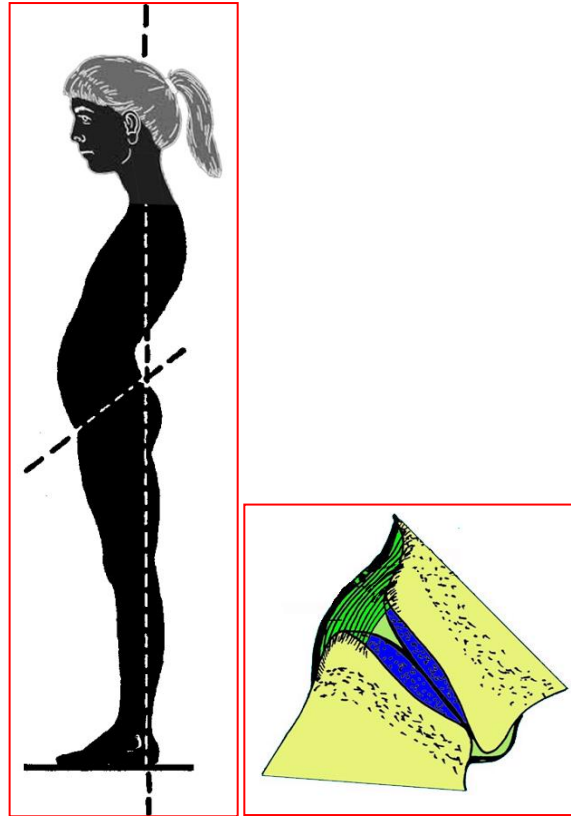
RETROLISTESIS ARTRÓSICA

Los meniscos sinoviales interapofisarios pueden estar pinzados: su parte vascular desencadena entonces una estimulación nociceptiva.



El agujero de conjunción, por el retroceso vertebral, adopta un aspecto en bayoneta. La tensión cápsulo-ligamentaria nociceptiva se asocia a espasmos de la musculatura vertebral profunda

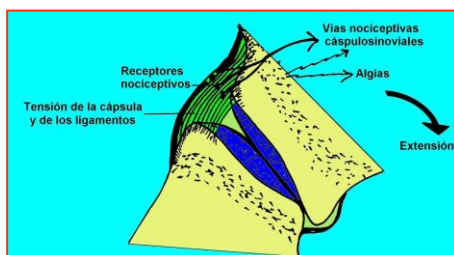
LA TENSIÓN CAPSULOLIGAMENTARIA EN EXTENSIÓN



Afecta a la niña o a la adolescente hiperlaxa con postura asténica (Tipo escapulum posterior).

La hiperlordosis asociada a la hiperlaxitud constitucional provoca una lumbalgia en bipedestación por puesta en tensión anormal de la parte anterior de la capsula articular facetaria.

Las presiones tangenciales articulares arrastran la vértebra suprayacente en extensión y convergencia (Imbricación).



El deslizamiento posterior de la carilla superior sobre la inferior ejerce importantes tracciones capsulosinoviales.

EXAMEN CLÍNICO DE LAS ARTROPATIAS

TIPO	CAUSA	EDAD	SEXO	DOLOR	AGRAVACIÓN	ALIVIO	TRATAMIENTO
Artrosis facetaria y retrolistesis artrósica	• Artrosis.	Paciente mayor (Anciano)	Mujer	Lumbalgia o lumbociatalgia artrósica	• Extensión lumbar. • Andar • Bipedestación	• Sentado. • Flexión lumbar	• Luchar contra la hiperlordosis. • Stretching. • Técnicas articulatorias de las carillas. • Flexión- distracción. • Tracción vertebral
Tensión capsulo-ligamentaria en extensión	• Hiperlaxidad • Trastorno postural	Adolescente asténica	Mujer	Lumbalgia postural	• Extensión lumbar. • Bipedestación prolongada	• Sentado. • Flexión lumbar	• Tratamiento postural. • Envejecer

BLOQUEOS FACETARIOS

Los bloqueos facetarios tienen en común:

- ✓ Noción de falso movimiento o de movimiento mal controlado.
- ✓ Dolor lumbar local agudo con rigidez del tronco.
- ✓ No hay irradiación , ni ciática.

HISTOLOGÍA DE LAS CARILLAS Y BLOQUEOS FIBROSO



CAPAS DEL CARTÍLAGO ARTICULAR

A - CAPA SUPERFICIAL O DE DESLIZAMIENTO

- ✓ Escasa actividad metabólica.
- ✓ Presenta pocos proteoglicanos y una elevada concentración de fibras de colágeno distribuidas perpendicularmente entre sí y paralelas a la superficie.

- ✓ Soporta las fuerzas de cizallamiento.
- ✓ Los condrocitos presentes están aplanados y paralelos a la superficie.

B - CAPA INTERMEDIA O DE TRANSICIÓN

- ✓ Elevada actividad metabólica.
- ✓ Mayor presencia de proteoglicanos y menos colágeno, dispuesto oblicuamente y al azar.
- ✓ Soporta fuerzas de compresión y los condrocitos presentes son más redondeados

C - CAPA PROFUNDA O RADIAL

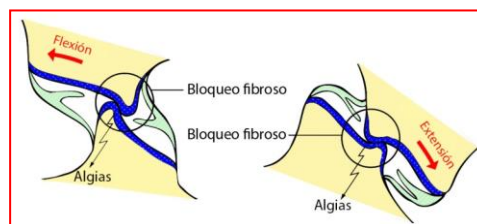
- ✓ Rica en proteoglicanos y fibras de colágeno que se distribuyen radialmente formando arcos.
- ✓ Células redondeadas formando columnas.
- ✓ Soporta fuerzas de compresión.

D - CAPA CALCIFICADA

- ✓ No presenta proteoglicanos.
- ✓ Colágeno dispuesto radialmente.
- ✓ Presenta cristales de hidroxipatita y está adyacente al hueso subcondral.
- ✓ Es la capa de anclaje del cartílago al hueso.
- ✓ La celularidad es escasa.
- ✓ Está separada de la anterior por la “línea de flujo” (tidemark), de 5 μ m de grosor, que es una barrera ondulada con disposición tangencial de sus fibras y que permite soportar fuerzas de cizallamiento.

BLOQUEOS DE ORIGEN FIBROSO

Durante un movimiento de gran amplitud en un paciente joven y laxo ,las superficies articulares se deslizan de manera exagerada, hay pérdida de la congruencia hialina, las superficies fibrosas que deslizan menos, entran en contacto.



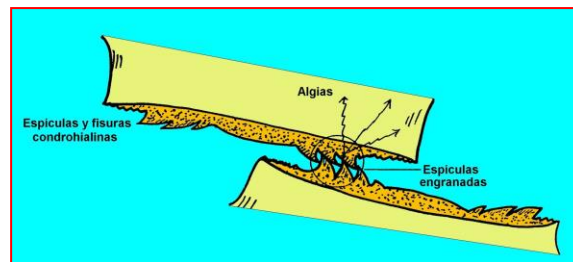
Los cartílagos fibrosos, durante el movimiento de vuelta debido a la tracción ligamentaria o a la contracción muscular se aplican fuertemente uno contra el otro y no puede volver a encontrar su posición artrodial: hay bloqueo articular.

Se producen en pacientes jóvenes y laxos.

BLOQUEOS CONDROPÁTICOS

Cuando degenera el cartílago articular se fisura longitudinalmente o transversalmente, luego perpendicularmente a las superficies articulares bajo efecto de presiones acentuadas o de micro traumatismos repetidos.

Las fisuras se producen primero en un plano horizontal: estas estrías transversales del cartílago hialino se instalan. La periferia hialina es más solicitada que su centro, lo que explica la aparición de espículas condrales a este nivel.

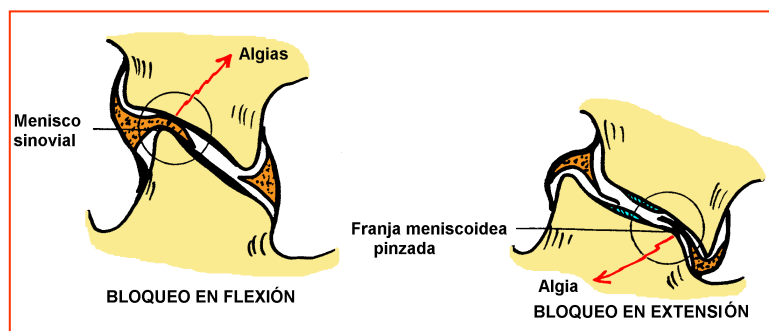


Las superficies articulares se deslizan más difícilmente, y puede suceder que dos zonas periféricas estriadas con espículas se superpongan y se bloqueen, impidiendo la vuelta a posición normal.

Estos bloqueos se acompañan de espasmos reflejos y de dolores intensos por estímulos de los mecanorreceptores nociceptivos del cartílago.

Esta patología afecta a pacientes mayores de 50 años de edad.

BLOQUEO POR PINZAMIENTO Y SUBLUXACIÓN DEL MENISCO SINOVIAL



Muy sensibles producen dolores agudos.

Por falsos movimientos en flexión (a la ida o a la vuelta de un movimiento rápido y mal controlado), o en rotación, estos meniscos sinoviales pueden estar pinzados entre las carillas en el polo superior de la articulación.

SIGNOS CLÍNICOS DE LOS BLOQUEOS FACETARIOS

- ✓ Después de un falso movimiento el paciente describe un bloqueo y un dolor local muy intenso.
- ✓ No hay posición antálgica pero sí rigidez global.
- ✓ Existe dolor en flexión en casos de bloqueo meniscal o condropático.
- ✓ La extensión es hiperalgica en los pinzamientos capsulares y menos dolorosa en los otros bloqueos.
- ✓ La lateroflexión y la rotación homolaterales provocan dolores.

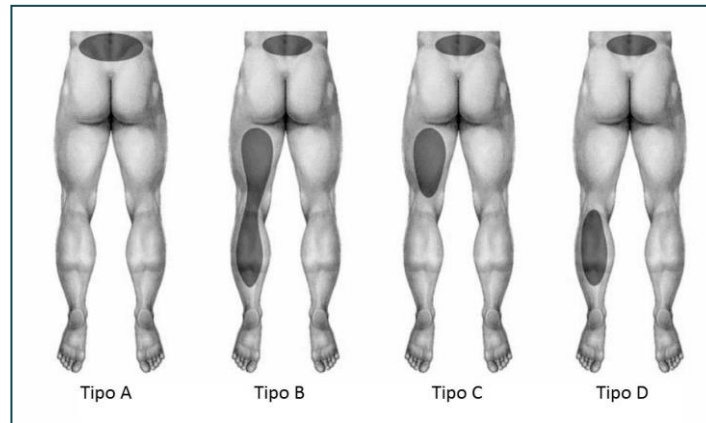
TIPO	CAUSA	EDAD	SEXO	DOLOR	CARACTERIS-TICA	TRATAMIENTO
Bloqueo fibroso	• Falso movimiento	• Joven, Adolescente	• Mujer, hombre	• Lumbago	• No hay dolor discogénico	• Thrust en hiperapertura facetaria (Lumbar roll en F, S y R homolaterales)
Bloqueo condropático	• Falso movimiento	• Paciente mayor (65 años)	• Hombre	• Lumbago	• No hay dolor discogénico	• Thrust en hiperapertura facetaria (Lumbar roll en F, S y R homolaterales)
Bloqueo Meniscal	• Falso movimiento	• Toda edad	• Mujer, hombre	• Lumbago muy agudo	• No hay dolor discogénico	• Thrust en hiperapertura facetaria (Lumbar roll en F, S y R homolaterales)

CUADRO DIAGNÓSTICO DE LOS BLOQUEOS FACETARIOS

TIPOS	POSTERIORIDAD	DOLOR	ELASTICIDAD
Fibroso	+++	+	+++
Condropático	+++	++	0
Meniscal	+++	+++	++

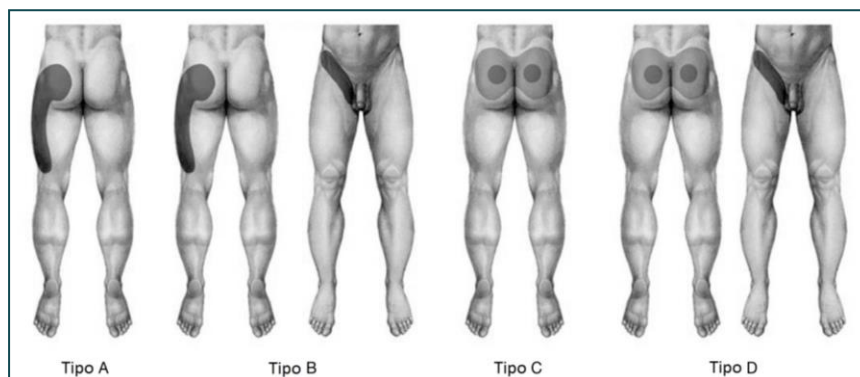
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL FACETARIO

MODELOS DE DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR EN LAS ARTROPATÍAS FACETARIAS LUMBARES



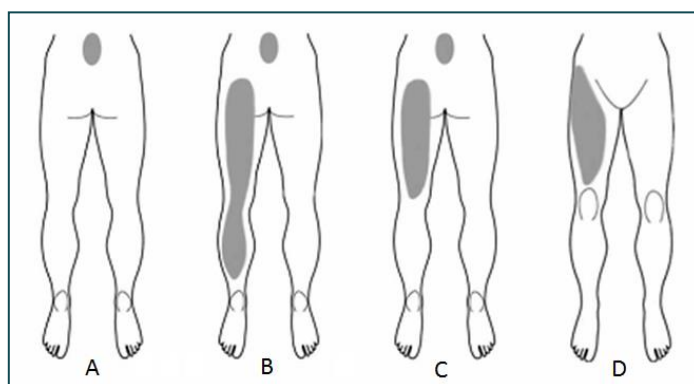
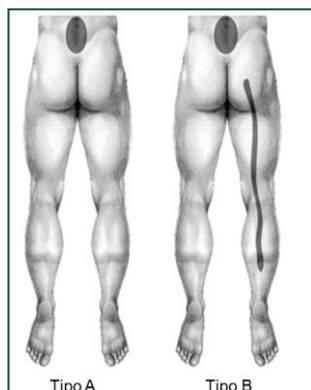
- ✓ El tipo A es un dolor lumbar localizado o en venda paravertebral.
- ✓ El tipo B es una combinación del tipo A y de dolor de la cara posterior del miembro inferior irradiando en el muslo y la pantorrilla.
- ✓ El tipo C es una combinación de tipo A y de dolor de la cara posterior del muslo solamente
- ✓ El tipo D es una combinación del tipo A y de un dolor confinado a la pantorrilla.

MODELOS DE DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR EN LAS ARTROPATÍAS SACROILÍACAS.



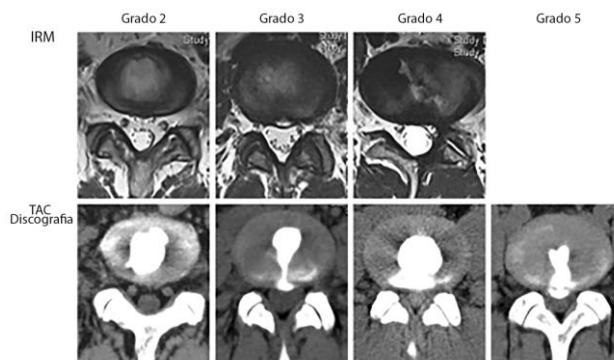
Los modelos de dolor de la sacroilíaca también se clasifican en varios tipos. En el tipo A el dolor se proyecta en la región lumbosacra y glútea, y en la cara externa del muslo; el tipo B está parecido al tipo A, con además un dolor de la ingle; el tipo C presenta un dolor lumbosacro y de la región glútea. El tipo D combina el dolor del tipo C y un dolor de la ingle.

MODELOS DE DISTRIBUCIÓN DEL DOLOR DISCOGÉNICO



La distribución del dolor del tipo A corresponde solamente a la zona lumbosacra; La distribución del dolor del tipo de B es una combinación del tipo A y de un dolor posterior del miembro inferior. El tipo C es la combinación del tipo A y de un dolor posterior de la muslo hasta la zona poplíteaa. El tipo D es un dolor anterior del muslo, con o sin lumbalgia asociada.

RELACIÓN ENTRE DOLOR DISCOGÉNICO, IRM Y TAC CON DISCOGRAFIA



IRM y discografía de TAC (Dallas). Observar las degeneraciones discales sin hernias en la IRM. Las discografías en TAC muestran extensiones de los desgarrs anulares que corresponden a la etapas de la IRM.

Causas	Enfermedades en relación
Degenerativa	DIV , artropatía facetaria o sacroilíaca
Traumática	Fractura
Congénita	Lumbarización, sacralización
Metabólica	Osteoporosis senil, deficiencia en estrógenos, utilización crónica de esteroides
Inflamatoria	Infección sistémica, espondilitis anquilosante
Neoplásica	Osteoma osteoide, tumor de célula gigante, angioma, metástasis
Vascular	Aneurisma de la aorta abdominal
Mecánica	Obesidad, desequilibrio postural, trabajo sedentario
Psicogénica	Compensación de un trauma emocional

	Dolor somático	Dolor radicular
Origen	Músculos y ligamentos	Ganglio espinal
Signos neurológicos	No	Adormecimiento Miotoma Debilidad Arreflexia
Distribución	Difusa	Casi linear
Cualidad	Dolor profundo	Lancinante

Signos y síntomas	Faceta	Sacroilíaca	Hernia	Estenosis
Dolor sentado	–	+	+++	+
Dolor al andar	+	+++	++	+++
Dolor al cambiar	+++	+++	–	+/-
Lasègue	+	+	+++	++
Signos motores	–	–	++	+
Signos sensitivos	–	–	+++	++
Flexión restringida	++	+++	++	++
Extensión restringida	+++	+	+	++
Test de Patrick	+	+	+/-	–

Signos y síntomas	Faceta	Sacroilíaca	Hernia	Estenosis
Dolor sentado	–	+	+++	+
Dolor al andar	+	+++	++	+++
Dolor al cambiar	+++	+++	–	+/-
Lasègue	+	+	+++	++
Signos motores	–	–	++	+
Signos sensitivos	–	–	+++	++
Flexión restringida	++	+++	++	++
Extensión restringida	+++	+	+	++
Test de Patrick	+	+	+/-	–

MANIPULACIÓN EN ROTACIÓN PARA BLOQUEO CONDROPÁTICO O MENISCAL

