

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Pseudosubluxación C2–C3

### Pseudosubluxation of C2–C3

C. Rodríguez Vivas, S. Mangas Ramírez\*, F.J. Cañadas Espinosa,  
A.M. Ortega Sánchez y C. Rodríguez Peña

Servicio de Urgencias, Hospital General Básico de Motril, Granada, España  
Disponible en Internet el 7 de julio de 2010

La columna vertebral experimenta enormes cambios durante su desarrollo. En los niños, la columna cervical inmadura presenta numerosas variantes de la normalidad que deberíamos conocer para no interpretarlas como patológicas, evitando así realizar exploraciones complementarias innecesarias.

Presentamos el caso de una niña de 3 años que acude a urgencias presentando cervicalgia de 6 días de evolución, sin antecedente traumático y con movilidad cervical activa limitada. La Rx cervical lateral evidencia desplazamiento anterior del cuerpo de C2 sobre el de C3, compatible con



Figura 1

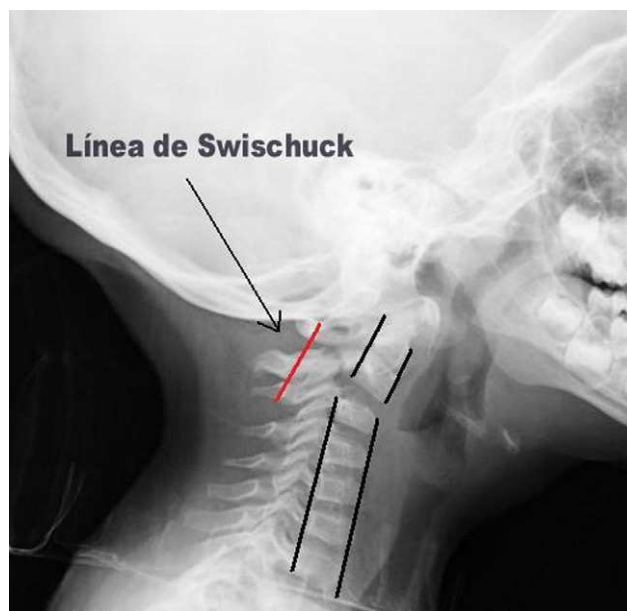


Figura 2

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ulises25567@yahoo.es (S. Mangas Ramírez).

pseudosubluxación fisiológica C2–C3 (fig. 1), la variante más frecuente de la normalidad, pudiendo aparecer hasta en el 40% de los menores de 7 años.

Una detallada anamnesis, un riguroso examen clínico y radiológico permiten establecer el diagnóstico la mayoría de las ocasiones.

En la infancia puede existir una separación fisiológica entre C1–C2 (<10Mm); sin embargo, una distancia interespinosa aumentada puede sugerir lesión del complejo ligamentoso posterior. El espacio prevertebral será normal

en la pseudosubluxación, apareciendo aumentado en los casos de fractura o luxación.

En el diagnóstico resulta de gran utilidad la línea espinolaminar (línea de Swischuk): trazada desde la cortical anterior de la apófisis espinosa de C1 hasta la de C3. En la pseudosubluxación, la cortical anterior de la apófisis espinosa de C2 debe estar en continuidad con ella o a menos de 1,5–2Mm (fig. 2). Esto es relevante sobre todo en flexión cervical, ya que en posición neutra o extensión, dicha línea puede separarse fisiológicamente más de 2Mm del arco posterior de CII.