

# A PROPÓSITO DE UN CASO: Fractura del cóndilo occipital izquierdo Tipo II de Anderson y Montesano

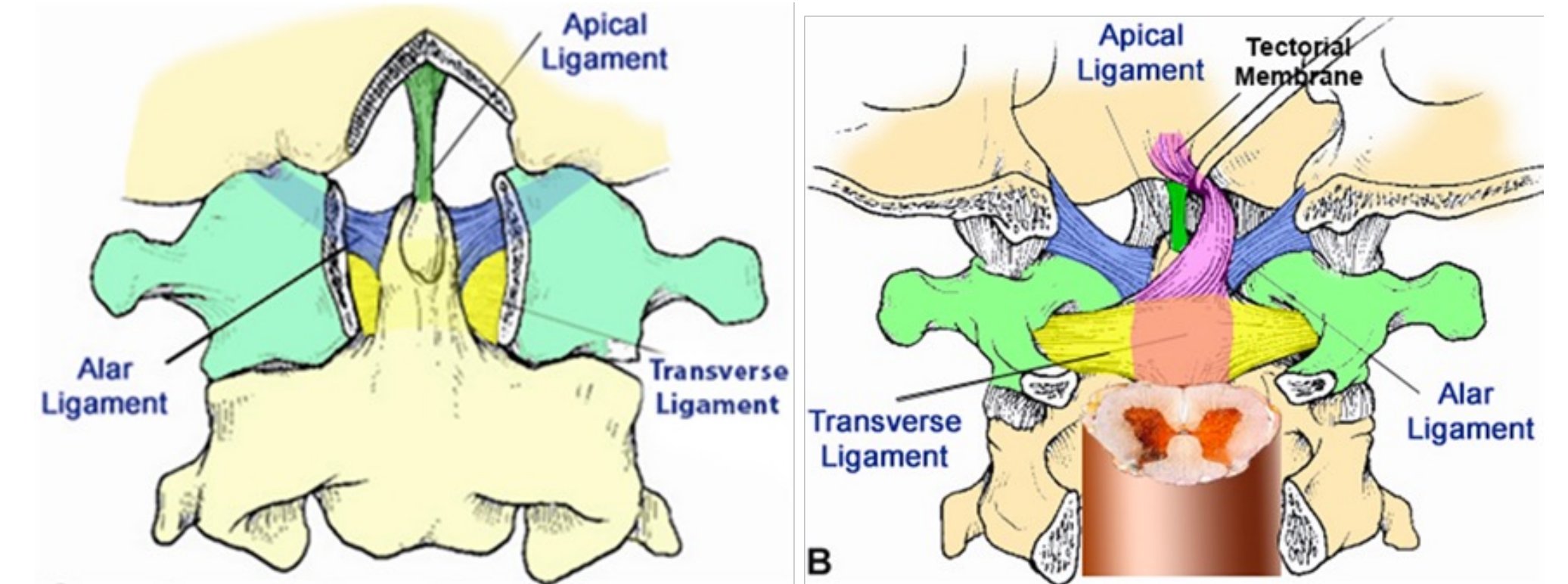
Laura Tellería Olmedo<sup>1</sup>. Juan Carlos Gutierrez Gomez<sup>2</sup>.

1

## Objetivos:

Las fracturas de cóndilo occipital presentan una incidencia marginal del 1-3% con una mortalidad del 11% asociada a posibles fracturas vertebrales, lesiones de arteria vertebral o lesiones de la médula espinal (31%).

- Aprenderemos a clasificar las fracturas de cóndilo occipital.
- Necesidad de pruebas complementarias.
- Tratamiento definitivo según su clasificación y lesiones asociadas.

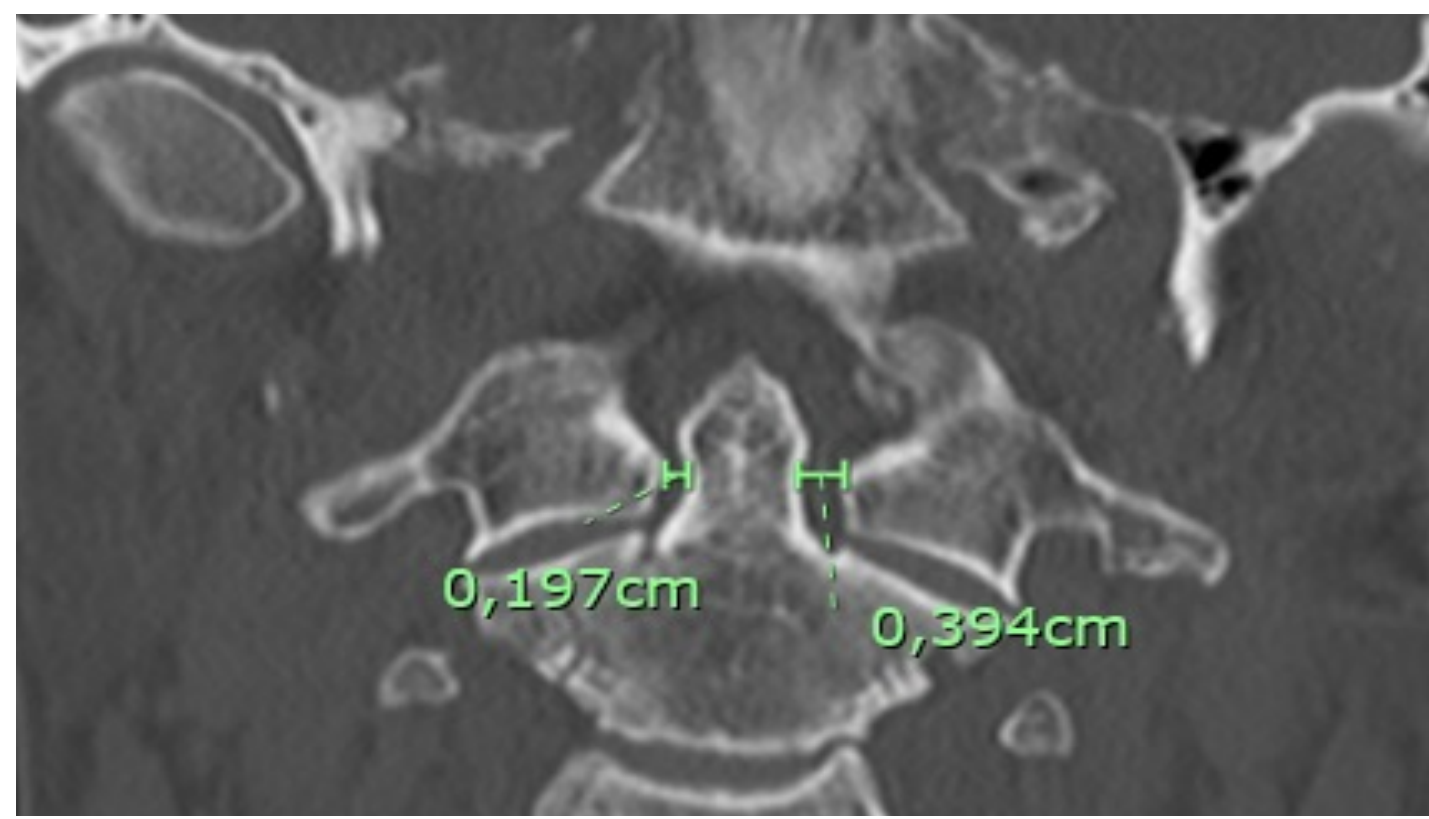


2

## Metodología:

Varón de 45 años acude al Servicio de Urgencias de Traumatología por traumatismo de alta energía tras caída en bicicleta. Refiere dolor subaxial, sin aparente afectación medular, ni bulbar, ni pares craneales.

**TAC Cráneo-cervical:** Fractura-avulsión del cóndilo occipital izquierdo (tipo III según Anderson y Montesano). Fractura no desplazada de la apófisis espinosa de C5.



**RMN cervical:** Integridad complejo ligamentoso occipito-atloideo. No signos de luxación o subluxación vertebral. Cordón medular cervical es normal, así como la unión bulbo medular.



4

## Conclusiones:

Las fracturas del cóndilo occipital se diagnostican realizando un TAC craneocervical ante la sospecha de un traumatismo de alta energía. Se recomienda la realización de una RMN cervical en las tipo III por su alta incidencia de inestabilidad cervicocraneal con una elevada mortalidad asociada.

En aquellas fracturas Tipo I, II y III sin afectación del complejo ligamentoso occipito-atloideo, se realizará un manejo conservador con collarín cervical rígido (tipo Philadelphia) 6 semanas. En las Tipo III con afectación del complejo ligamentoso, lesión medular o fracturas asociadas en atlas y axis, se recomienda plantear la fijación occipito-cervical.

3

## Resultados:

La fractura avulsión Tipo III del cóndilo occipital presenta una incidencia del 75% entre las fracturas de cóndilo occipital

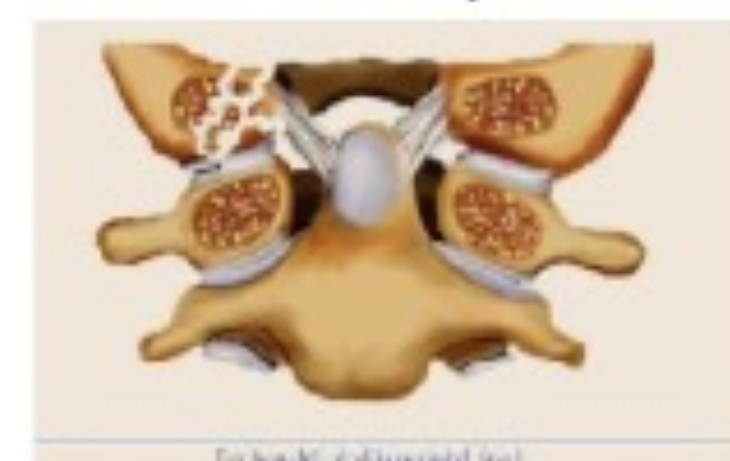
**GOLD STANDARD DIAGNOSTICO:** TAC

Valoración de estabilidad y riesgo de subluxación.  
Descartar compromiso medular

**RMN cervical:** Valorar integridad ligamentos occipito-atloideos

### Clasificación Anderson y Montesano:

- Tipo I: Fracturas por impacto como consecuencia de cargas axiales. Es conminuta y estable (membrana tectorial y lig. alar contralateral).

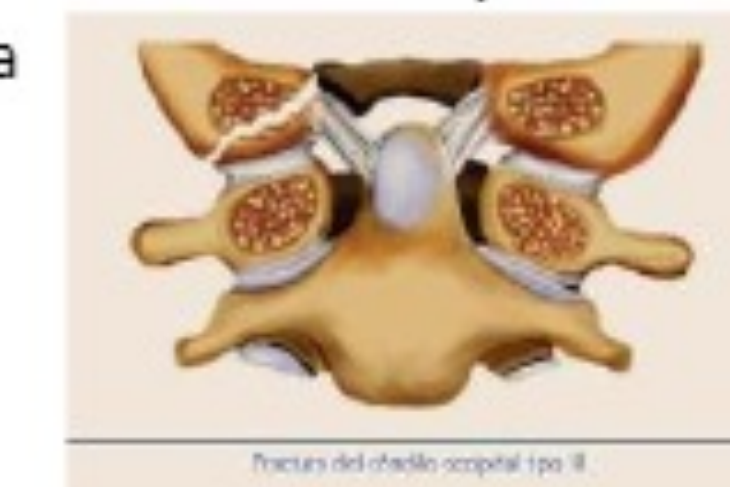


**CONSERVADOR →**  
Collarín rígido 6 semanas

- Tipo II: Extensión exagerada del cráneo. Trazo de fractura oblicuo, inestable. La fractura se extiende a la base del cráneo más allá del cóndilo occipital.



- Tipo III: (+ común) Se produce por avulsión ligamentaria. Lesión inestable, puede ser separación cervicocraneal. Fractura bilateral en inserción de lig alares = lesión inestable y luxación cervicocraneal. Alta mortalidad.



**RMN →** Complejo ligamentoso occipito-atloideo íntegro

**NO**

**QUIRÚRGICO →** Fusión occipito-cervical

### Bibliografía:

- Fractura del cóndilo occipital - Diagnostico911.org. (n.d.). Retrieved August 29, 2023
- Aran, E., Vilarinho, A., & Vaz, R. (2001). Fractura de cóndilo occipital sin déficit neurológico: A propósito de un caso clínico. *Neurocirugía*, 12(6), 517-520.
- Occipital Condyle Fractures - Spine - Orthobullets. (n.d.). Retrieved August 29, 2023.
- Schnake, K. J., Pingel, A., Scholz, M., & Kandziora, F. (2012). Temporary occipito-cervical stabilization of a unilateral occipital condyle fracture. *European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 21(11), 2198-2202.
- Lutaka, A. S., & Fiore, N. Clasificación de las lesiones traumáticas vertebrales