

Megaapófisis transversa: síndrome de Bertolotti

Marina Soledad Moreno García¹, Pablo Baltanás Rubio²

¹Servicio de Reumatología Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. España.

²Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

En la imagen radiológica se aprecia una megaapófisis transversa izquierda (flecha) que ha originado una neoarticulación con el ala sacra. A la presencia de dicha megaapófisis se denomina síndrome de Bertolotti¹.

El síndrome de Bertolotti fue descrito por primera vez en 1917 por Mario Bertolotti², cuyo cuadro clínico se caracteriza por dolor lumbosacro de tipo mecánico originado en dicha pseudoarticulación formada entre una megaapófisis transversa de una vértebra de transición lumbar y el ala sacra y/o el hueso ilíaco³, en este caso izquierdo. Según algunos estudios, la incidencia es elevada (entre 7 y 20%). Dicha vértebra de transición lumbosacra comparte características similares con ambos segmentos vertebrales superior e inferior y ha sido clasificado en 4 tipos según el método de Castellvi⁴:

- Tipo I: apófisis transversas displásicas.
- Tipo II: lumbarización/sacralización con aumento de la apófisis transversa que forma una diartrosis con el sacro.
- Tipo III: fusión de la apófisis transversa con el sacro.
- Tipo IV: mixta (incluye una unilateral tipo II con una tipo III en el lado contralateral).



Figura 1. Radiografía AP lumbosacra. Véase megaapófisis transversa izquierda con neoarticulación.

Correspondencia

E-mail: marinasoledadmorenogarcia@gmail.com

La lumbalgia que produce puede asemejar a aquellas de origen facetario, sacroilíaco o discal ya que su origen puede generarse por afectación de diversas estructuras: neoarticulación lumbosacra, artrosis facetaria del lado contralateral, lumbociatalgia, dolor discogénico o dolor sacroilíaco.

Es una alteración a tener presente en la lista de diagnóstico diferencial de lumbalgias de características mecánicas^{5,6}.

El tratamiento inicial debe ser conservador, subiendo progresivamente analgesia según la escala del dolor de la OMS. En nuestro caso se llegó a un tercer escalón con tapentadol, sin mejoría alguna, por lo cual fue derivada a la unidad del dolor de referencia para la realización de alternativas intervencionistas.

Bibliografía

1. Santiago FR, Milena GL, Herrera RO, Romero PA, Plazas PG. Morphometry of the lower lumbar vertebrae in patients with and without low back pain. *Eur SpJ* 2001; 10:228-33.
2. Bertolotti M. Contributo alla conoscenza dei vizi di differenziazione regionale del rachide con speciale riguardo all'assimilazione sacrale della v. lombare. *Radiol Med* 1917; 4:113.
3. Carlos Thibaut L, Álvaro Silva G, Paulina De La Fuente D, Manuel Valencia C, Bernardo Merello T, José Antonio Riera M. Manejo quirúrgico del síndrome de Bertolotti: A propósito de un caso. *Rev Chilena Ortop y Traum* 2009; 50:133-138.
4. Castellvi AE, Goldstein LA, Chan DP. Lumbosacral transitional vertebrae and their relationship with lumbar extradural defects. *Spine*. 1984; 9:493-5.
5. Quinlan JF, Duke D, Eustace S. Bertolotti's syndrome: a cause of back pain in young people. *J Bone Joint Surg* 2006; 88:1183-1186.
6. Marco Aurelio Ramírez Huaranga, Eva Revuelta Evrard, Andrés Ariza Hernández, Cristina Párraga Prieto, M^a Dolores Mínguez Sánchez, José Luis Cuadra Díaz S. Síndrome De Bertolotti: Coincidencias Afortunadas O No. *Apuntes De Ciencia. Boletín Científico Del Hgucr. Reumatología, Hospital General Universitario De Ciudad Real*. Dic 2014.