

# DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MIELOPATÍA CERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DE TOLEDO



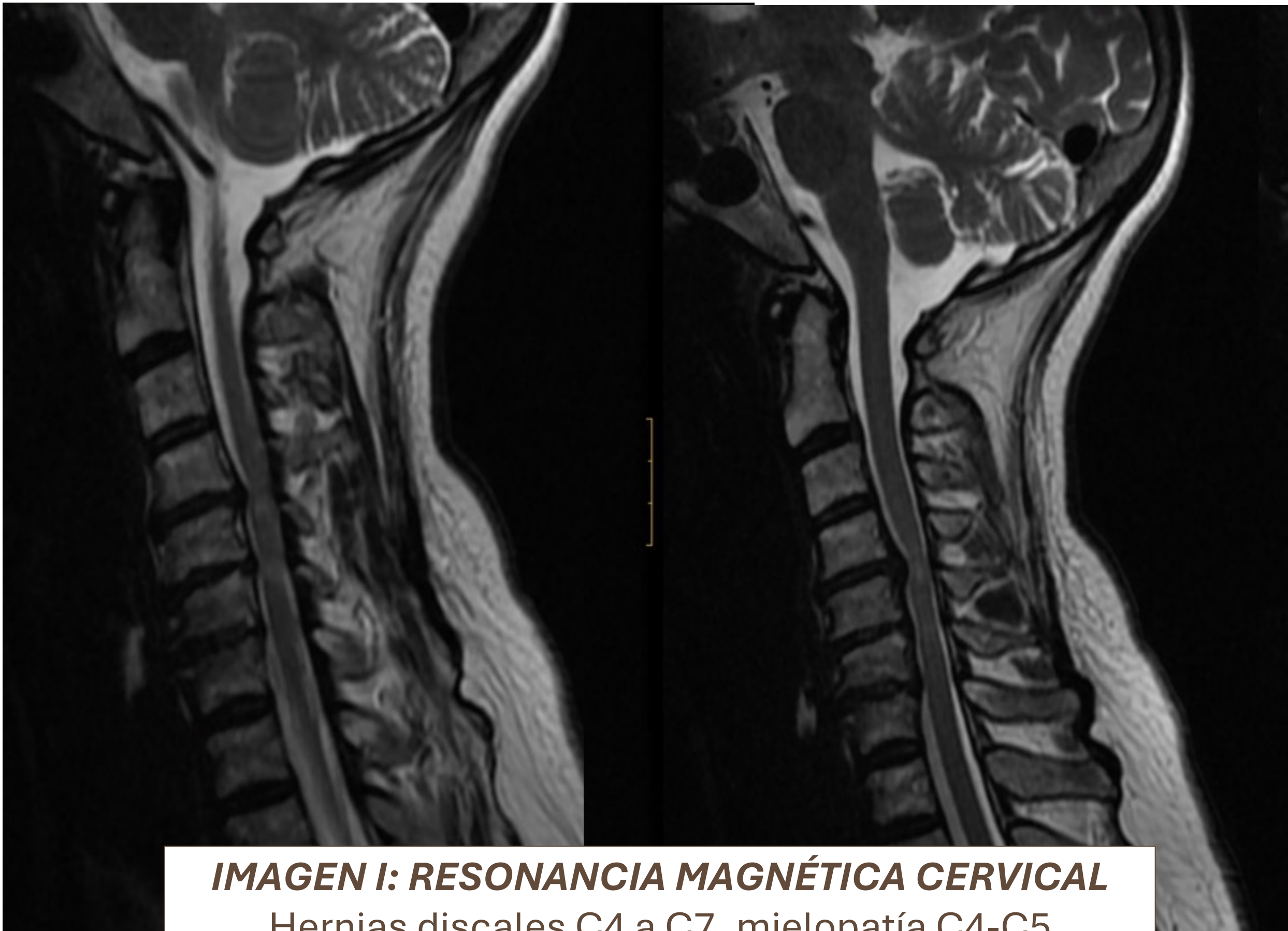
María Laguna Gómez, Laura Fernández Martín, Nahuel Barquero González, Sonia Utrilla Hernando,  
Lucía Ramírez Moreno  
Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España



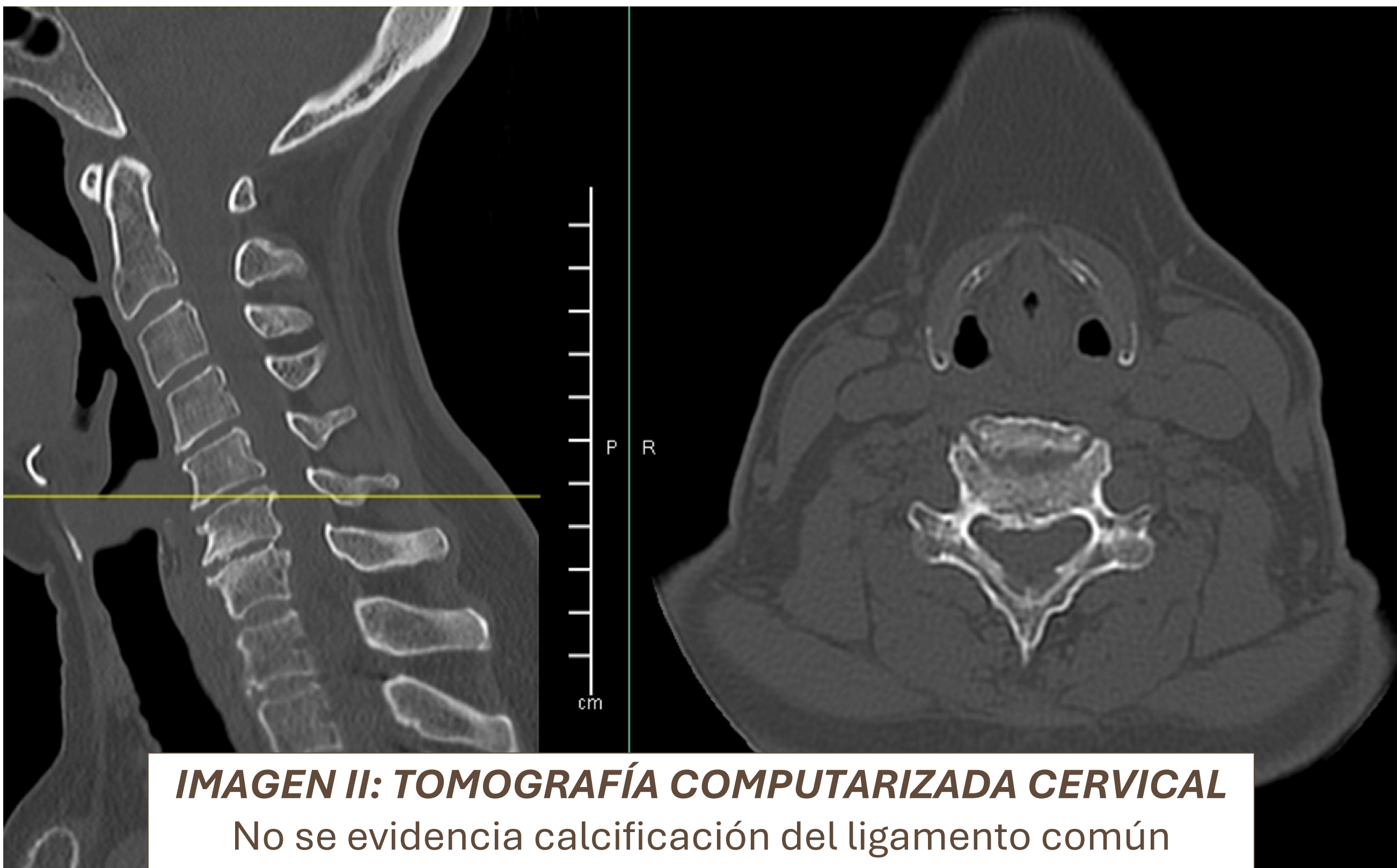
## INTRODUCCIÓN

La **mielopatía cervical** se caracteriza por una compresión de la médula espinal a nivel cervical, siendo el origen **degenerativo** su causa más frecuente. Mielopatías **moderadas o graves**, requieren descompresión quirúrgica para evitar una lesión neurológica progresiva.

Durante la **planificación prequirúrgica**, hay que valorar el origen de la compresión, si tiene un origen **discal**, entonces el tratamiento más recomendado por la literatura es la discectomía y artrodesis, por el contrario, si están implicados **elementos óseos** hay que valorar la corpectomía.



**IMAGEN I: RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL**  
Hernias discales C4 a C7, mielopatía C4-C5



**IMAGEN II: TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CERVICAL**  
No se evidencia calcificación del ligamento común posterior

## METODOLOGÍA

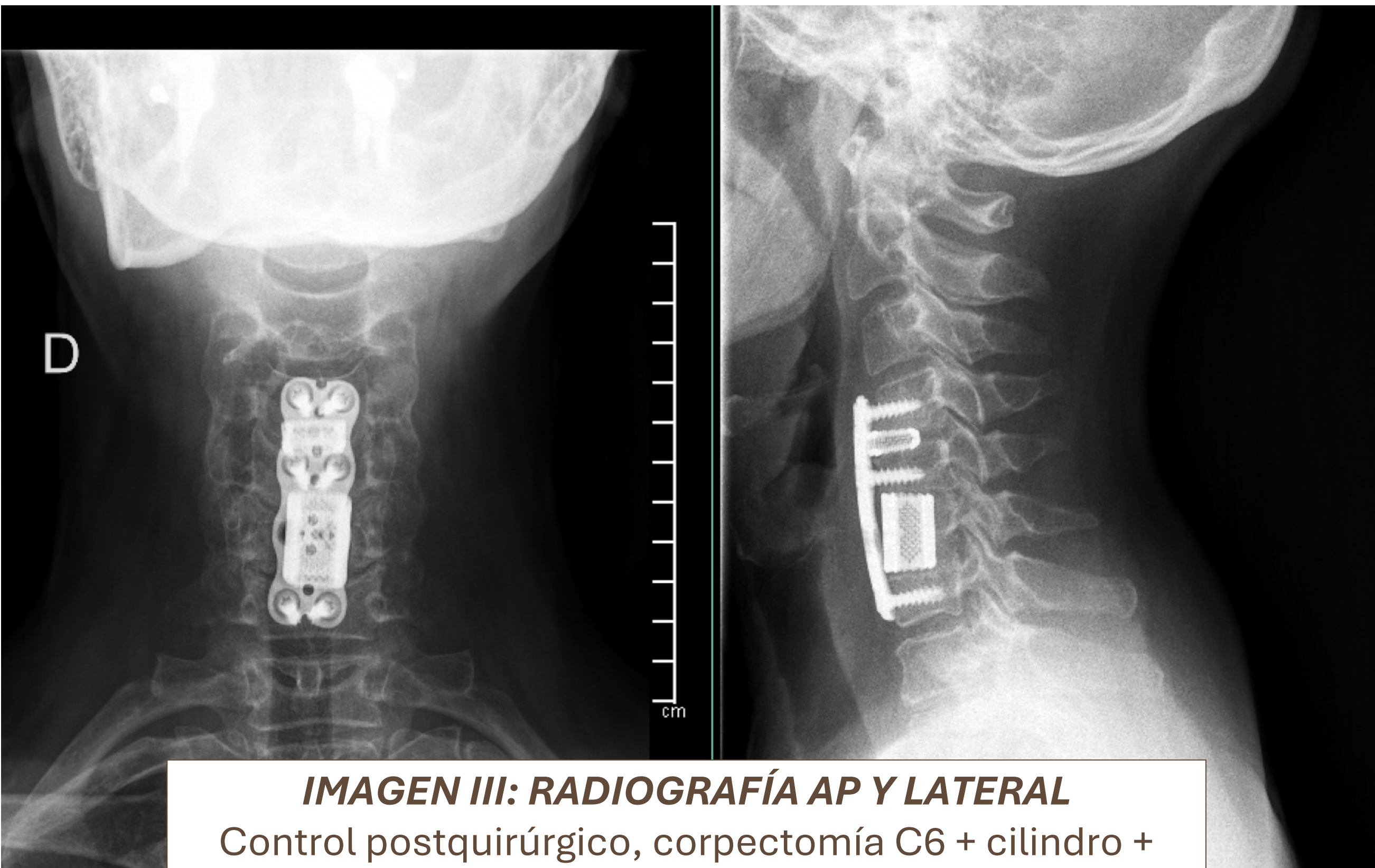
Mujer de 53 años que refiere **empeoramiento** de su cervicalgia en los últimos meses, con dolor en territorio **C6 derecho** y parestesias en ambas manos, alteración de la motricidad fina e **inestabilidad de la marcha**. En la exploración, Spurling derecho positivo, fuerza 3/5 en extensión de muñeca y abducción de hombro derechos. ROT miembros superiores conservados, rotuliano y aquileo ++/+++. Hoffmann positivo bilateral e inestabilidad de la marcha.

Resonancia magnética: hernia discal C4-C5 central, hernias C5-C6 y C6-C7 paracentrales derechas, con **mielopatía cervical C4-C5** (**IMAGEN I**). Tomografía computarizada: osteofitos foraminales, **descartando calcificación** del ligamento común posterior (**IMAGEN II**).

## RESULTADOS

Bajo monitorización neurofisiológica, mediante abordaje Smith Robinson izquierdo, **discectomías** C4-C5, C5-C6 y C6-C7 con foraminotomías bilaterales. Posteriormente, **corpectomía de C6** e implantación de **cilindro** de corpectomía y **caja** en espacio intersomático C4-C5, con **placa cervical anterior** de C4 a C7 (**IMAGEN III**).

Postoperatorio inmediato, movilidad enlentecida, fuerza 5/5, excepto interóseos derechos 3+/5 y sensibilidad disminuida C8 bilateral. Un **mes después**, recuperación de la movilidad, fuerza y sensibilidad en MMSS y, **seis meses** más tarde, **estabilidad** completa y **desaparición del dolor**.



**IMAGEN III: RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL**  
Control postquirúrgico, corpectomía C6 + cilindro + caja en espacio intersomático + placa anterior

## CONCLUSIONES

En nuestro caso, se decidió un abordaje anterior para **evitar el riesgo aumentado de lesión medular** de los abordajes posteriores y, se optó por la implantación de un cilindro de corpectomía, a pesar de tener tres niveles de compresión, ya que el uso de más cajas incrementa el **riesgo de pseudoartrosis**.