

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

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

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE TOLEDO



sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



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.

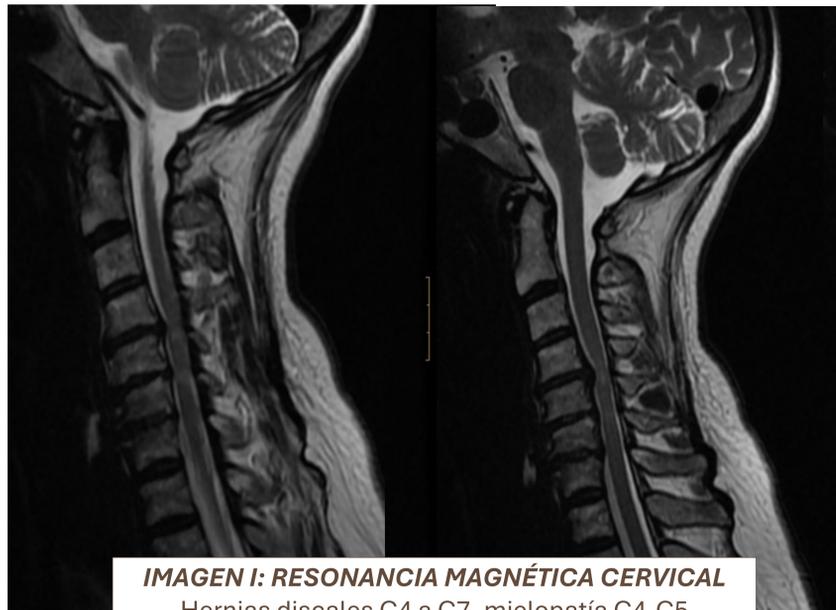


IMAGEN I: RESONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL
Hernias discales C4 a C7, mielopatía C4-C5

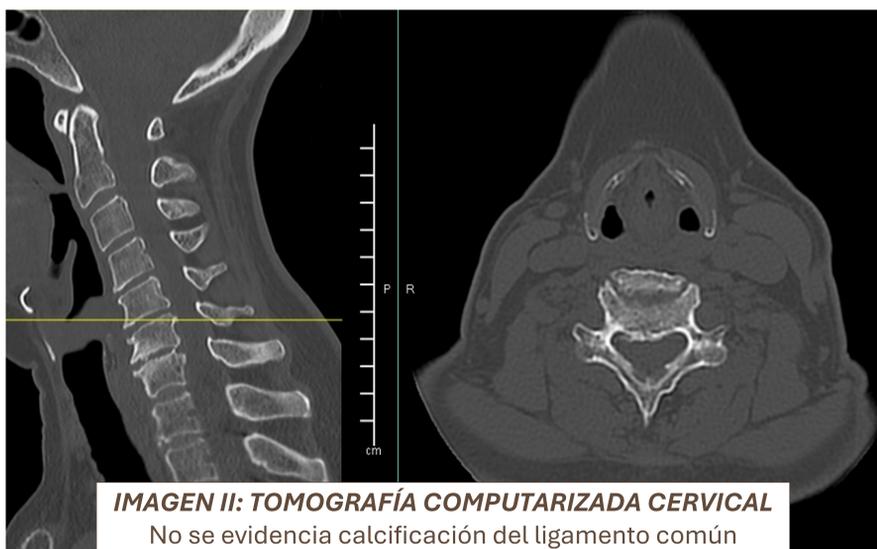


IMAGEN II: TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CERVICAL
No se evidencia calcificación del ligamento común posterior

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**.

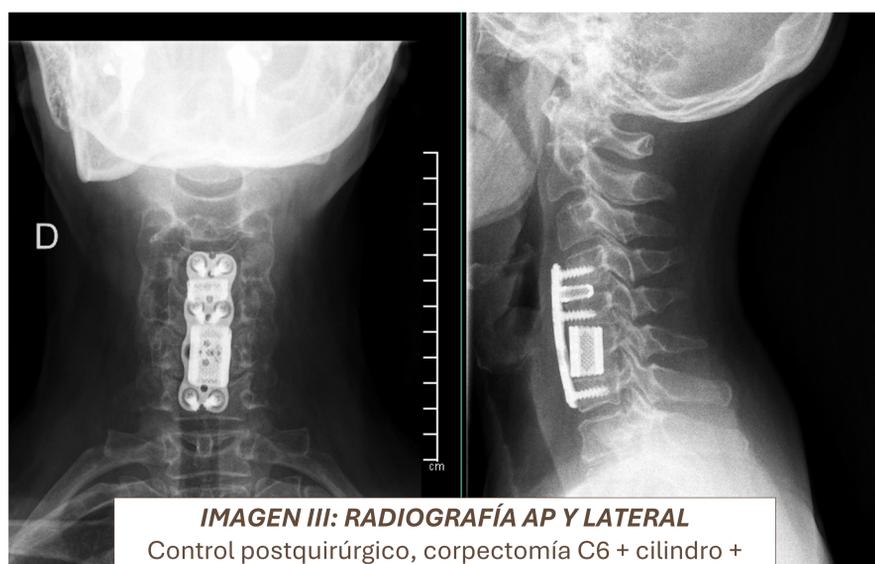


IMAGEN III: RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL
Control postquirúrgico, corpectomía C6 + cilindro + caja en espacio intersomático + placa anterior

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**.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA