

Nuestra experiencia y resultados clínicos en mielopatía espondilótica cervical. Corpectomía cervical.

Barragán García, A., López Caba, F., Viejobueno Mayordomo, M.C., Gil Martinez, L., Roberto Ruibal, J.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Objetivos

La mielopatía cervical es un síndrome clínico que describe una disfunción de la médula espinal cervical secundaria a fuerzas extrínsecas. La causa más frecuente de compresión medular en este territorio es espondilótica de causa degenerativa causada por la pérdida del contenido acuoso de los discos vertebrales con aumento de rigidez y colapso de los mismos. Presenta una **incidencia global actual de 16-41 pacientes por millón** de personas, con una **edad media de diagnóstico de 56 años**. Entraña un diagnóstico difícil de alcanzar en primera instancia, ya que los síntomas inespecíficos y sutiles en etapas iniciales provocan retraso en el diagnóstico.

Material y metodología

Mujer de **66 años** derivada desde el Servicio de Neurología que presentaba **pérdida de sensación de fuerza en MMSS**, ligera pérdida de manipulación fina de las mismas, hipoestesia constante en ambas manos e **inestabilidad de la marcha de 5 años de evolución**.

A la exploración presentaba rotaciones de 50°, L'Hermitte +/-, Spurling + bilateral, Jackson + bilateral, signo del escape +, grip and release +, ROT sin hiperreflexia, presentes bilaterales.

C5: 5/5 bilateral.

C6: 5/5 izdo, 4/5 derecho.

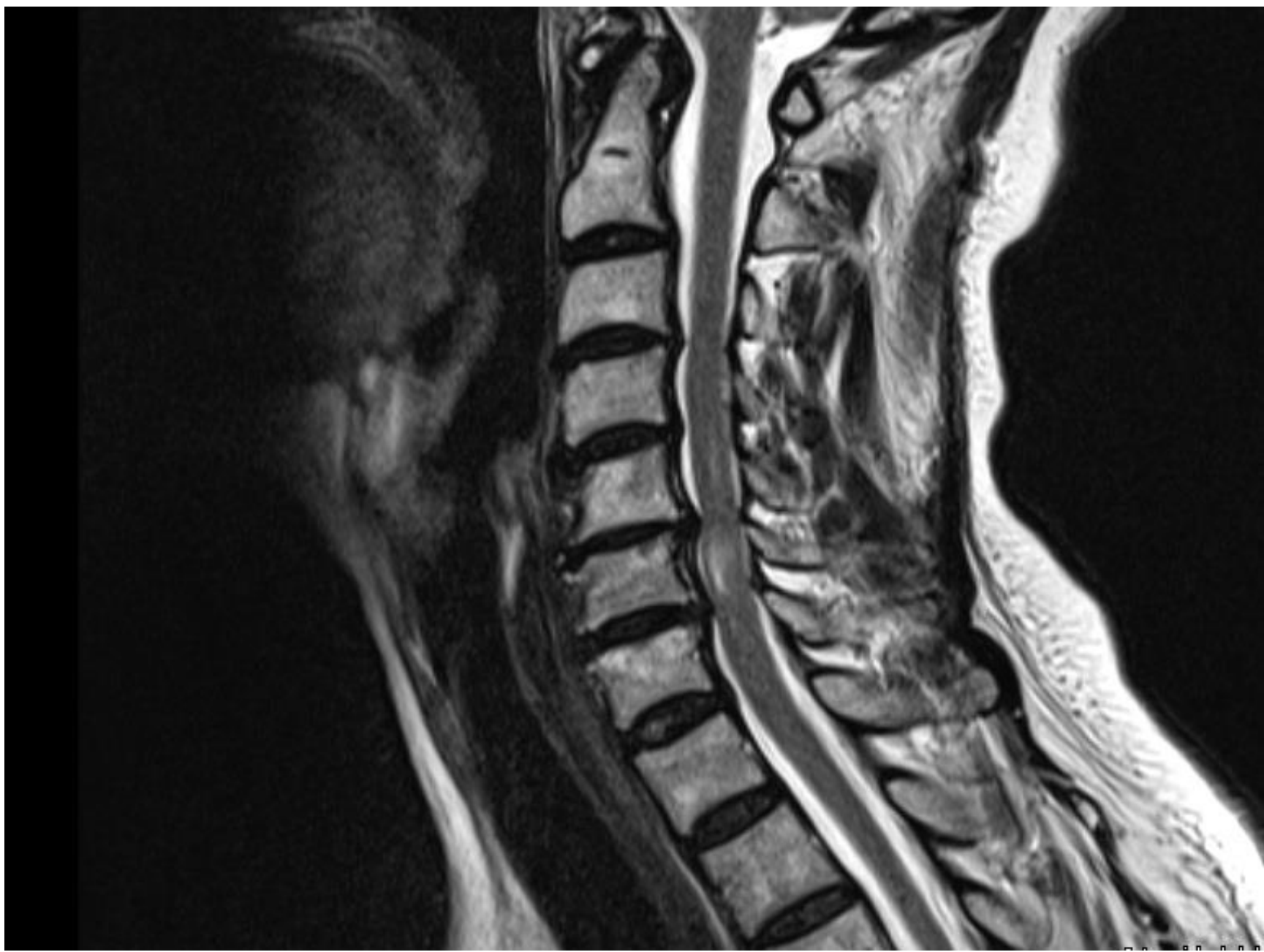
C7: 3/5 derecho, 4/5 izdo.

T1: 3/5 bilateral.

Presente reflejo de Hoffman bilateral y leve.

El estudio radiológico de **RMN** se observaba una **mielomalacia** y compresión a nivel de C5-C6. En el estudio de **TC cervical** se observan formación de importantes **osteofitos** que improntan en el canal medular, de un **diámetro anteroposterior de 7 mm** provocando estenosis foraminal izquierda.

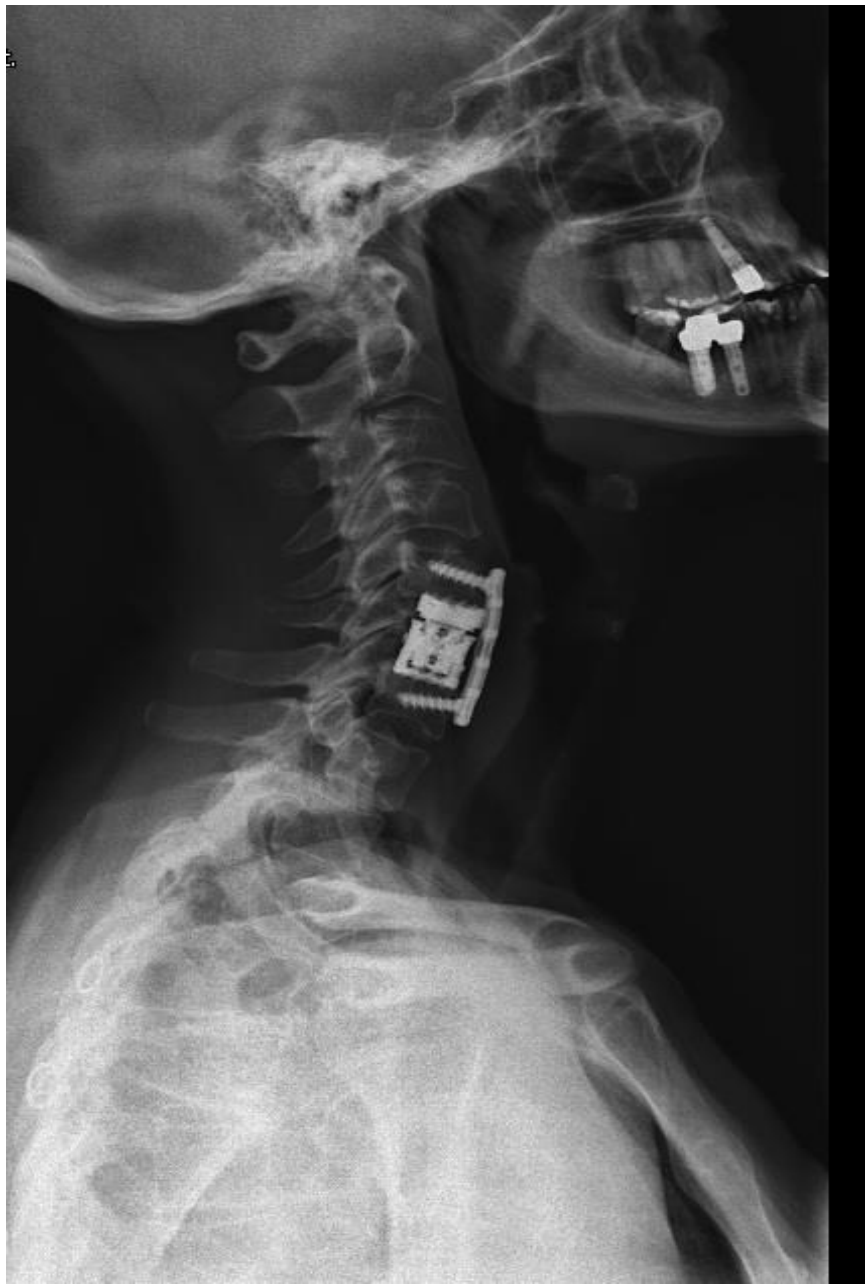
Ante la existencia de importante compresión medular por material osteofitario, se oferta a la paciente corpectomía de C6 mediante abordaje de Smith-Robinson, aplicación de caja cervical y placa anterior con tornillos bloqueados C5-C7.



Resonancia previa a la intervención



TAC previo a la intervención



Las dos imágenes de la izquierda corresponden al postoperatorio inmediato, la de la derecha 6 meses después.

Resultados

En la actualidad, tras más de 9 meses postquirúrgicos, la paciente refiere satisfacción, desaparición de la clínica de inestabilidad, deambulación independiente, mayor fuerza de manipulación fina y en resolución de la clínica de parestesias en MMSS.

Conclusiones

En nuestro ámbito y experiencia, aunque la corpectomía es una técnica más agresiva, con mayor riesgo de sangrado y mayor riesgo de pérdida de lordosis, ha presentado mayor tasa de satisfacción y de resolución de la sintomatología.