

# PACIENTE JOVEN CON MIELOPATÍA CERVICAL

V. López-Marina <sup>a</sup>; R. Alcolea García <sup>b</sup>; G. Pizarro Romero <sup>c</sup>; T. Rama Martínez <sup>d</sup>; A. Girona Amores <sup>c</sup>; D. Rodríguez Vargas <sup>a</sup>.  
EAP Piera <sup>a</sup>; EAP Besós <sup>b</sup>; EAP Badalona 6-Llefiá <sup>c</sup>; EAP Masnou <sup>d</sup>. ICS. Barcelona.

## INTRODUCCIÓN:

La causa principal de mielopatía cervical (MC) es el compromiso del canal espinal secundario a artrosis (espondilosis y discopatía degenerativa) y hernia (HD) o protusión discal. Presentamos el caso de un paciente joven con MC secundaria a HD de diagnóstico tardío que conlleva secuelas posteriores.

## DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 37 años con cervicalgia tras esfuerzo hace 1 mes. **Exploración:** contractura trapecioide izquierda. **Rx Cervical:** rectificación cervical. Se pautan AINES pero empeora la clínica con braquialgia bilateral y claudicación de piernas, acudiendo a **UCIAS-HOSPITALARIA** en 3 ocasiones durante 1 mes. **Exploración:** hiperreflexia generalizada, hipoestesia en guante y calcetín, marcha espástica, hipersensibilidad superficial y temblor de piernas. Añaden pregabalina y derivan a **Neurología-Urgente** y **Traumatología-Preferente**. A las 48 horas reconsulta a **UCIAS-HOSPITALARIA** por alteraciones miccionales, ingresando en **TRAUMATOLOGÍA**. **Resonancia: Craneal y Dorsal:** normales. **Cervical:** voluminosa HD extruída C5-C6 paramedial con signos de compresión medular y HD póstero-medial derecha C4-C5 (**figura 1**). **Lumbar:** protusión discal pósterolateral derecha L5-S1. **Electromiograma de extremidades superiores e inferiores:** normal. Se practica cirugía (**figura 2**), quedando como secuelas la hiperreflexia generalizada y marcha levemente espástica.



**FIGURA 1**

**FIGURA 2**



## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

- **Epidemiología:** la MC por HD es más prevalente a los 40-50 años, en varones (relación varón/mujer de 1,7/1) y la localización más frecuente es C6-C7 (60% de los casos).
- **Etiología:** compromiso del canal espinal (más frecuente), inflamatoria, vascular, infecciosa, degenerativa, neoplásica, traumática y otras.
- **Clínica:** variada. **Red flags:** patología tumoral (>50 años, antecedentes de cáncer, dolor nocturno, síndrome tóxico); patología infecciosa (>50 años, ADVP o antecedentes, infección urinaria o cutánea); clínica muy florida.
- **Diagnóstico:** Rx, TAC, Resonancia (muy específico) y Electromiografía (poco específico).
- **Tratamiento:** conservador (hasta 80% de efectividad) y cirugía si fracasa.
- **Pronóstico:** bueno en general, sobretodo si el diagnóstico es precoz.

## BIBLIOGRAFÍA:

**[KEY WORDS: Cervical myelopathy, cervical disc herniation]**

1. Manelfe C. Imaging of the spine and spinal cord. Radiology 1991; 3: 5-15.
2. Carette S, Fehlings M. Cervical radiculopathy. N Eng Med J 2005; 353: 392-3.
3. Rao RD, Currier BL, Albert TJ. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis and management. J Bone Joint Surg Am 2007; 89: 1360-78.
4. Bagale WM. Cervical radiculopathy. En: Anderson G, Vaccaro A, editors. Decision making in spinal care. New York: Ed Thleme; 2007: 102-6.