

ABORDAJE CERVICAL POR DOBLE VÍA. UN CASO DE DESCOMPRESIÓN MEDULAR.

Moreno Sánchez, Inés (1); De Miguel Vielva, José Antonio (1); González Rodríguez, Ernesto (1); Giménez Ibañez, Sandra (1); Salmerón Martín, Víctor (1); Moreno Sanchez, José Juan (2).
1. H. G. U. Morales Meseguer (Murcia) 2. Universidad de Granada (Granada)

Introducción

- La Espondilosis Cervical es una enfermedad degenerativa de la columna cervical
- Afecta vértebras cervicales inferiores
- Lesiones altamente incapacitantes
- La espondilosis cervical predomina en el sexo masculino, especialmente en edades entre 41 y 50 años para ambos sexos.
- La mayor parte de los diagnósticos se efectúan entre uno y tres años después de comenzados los síntomas.
- **Estenosis del canal cervical: diámetro anteroposterior <13mm** (normal 17-18mm)

Tª de White & Panjabi:

- Factores estáticos: articulaciones uncovertebrales de Luschka, articulaciones facetarias, disco intervertebral
- Factores dinámicos: Isquemia medular por compresión de aportes arteriales o drenaje venoso.

Opciones quirúrgicas

Vía Posterior Tipo Scoville	Vía Anterior Tipo Smith-Robinson
Laminectomía +/- instrumentación Laminoplastia	Discectomía + injerto autólogo/heterólogo +/- instrumentación Corpectomía + injerto autólogo/heterólogo +/- instrumentación
Descompresión de la médula y sus raíces al ampliar el contenedor medular <ul style="list-style-type: none">- Fragmentos discales muy laterales con compresión de una raíz- Descomprimir la raíz, sin necesidad de extirpar por completo el disco intervertebral- No actúan sobre la causa real de la compresión que son las barras espondilóticas y los osteofitos- Separación muscular importante y puede encontrarse dificultad para localizar el nivel	Extraer el disco y colocar en su lugar una prótesis, injerto o placa <ul style="list-style-type: none">- Exéresis de las barras óseas y de los osteofitos posteriores con o sin fusión intersomática- Factores estáticos y vasculares, pues se elimina la compresión sobre el tejido medular y los vasos espinales cervicales- Seguridad del abordaje. Estructuras importantes: vasos, nervios, tráquea o esófago.- La estabilidad obtenida es mayor con sistemas posteriores que con sistemas anteriores.

Caso clínico

Varón 47 años. Cuadriparesia incompleta seis años antes
Mielopatía cervical compresiva por estenosis del conducto cervical.
Descompresión C4-C5 por vía posterior
Exploración: dificultad para la bipedestación y claudicación proximal del miembro inferior derecho.
MMII sensibilidad táctil disminuida en L2-L3 y L5-S1. Fuerza 4/5, 3/5 distal.

Signos de compresión medular:

- Hiperreflexia en miembros inferiores con aumento del área reflexogena rotuliana
- Signo de Babinski bilateral
- Clonus en el reflejo aquileo



agotable

- RMN: prueba de elección
- Visualización de elementos compresivos
 - Evaluación directa del parénquima medular
 - Valor pronóstico: Hiperintensidad focal o difusa del parénquima
 - Atrofia medular <45mm2

Primer tiempo: Abordaje posterior	Segundo tiempo: Abordaje anterior
Decúbito prono Reabordaje posterior ampliado hasta C7 Se instrumentaron las masas laterales de C6, los pedículos laterales de C7 Se empalmó con la instrumentación ya existente. Se realizó un cruentado articular con autoinjerto óseo y cierre.	Decúbito supino Abordaje anterolateral izquierdo. Discectomía ligeramente aumentada, extracción de la hernia extruída C6C7 masiva con facilidad en cuatro fragmentos grandes. Cesta de tipo Moss de 10mm de alto por 15, rellena de autoinjerto óseo. Se coloca una placa cervical anterior de tipo Venture C5C7

Resultados

Traslado a UCI, donde pasó dos días
Evolución postquirúrgica satisfactoria y sin incidencias
Fue alta caminando con andador
En consultas externas había progresado a bastones

Discusión

- El doble abordaje nos ha aportado un “plus” de estabilidad
- Es recomendable en cirugías que incluyan tres o más corpectomías
- Se utiliza raramente
- Su indicación: síntomas o defectos biomecánicos residuales tras un tratamiento anterior o posterior.
- Lesiones infrecuentes y graves de un macizo articular con afectación de la raíz correspondiente y cuya descompresión por vía posterior supondría el sacrificio total o parcial de ese macizo articular con dificultad para su estabilización.

Bibliografía.

- Karadimas SK, Gatzounis G, Fehlings MG. Pathobiology of cervical spondylotic myelopathy. European Spine Journal. 2014;1–7.
- Yalamanchili PK, Vives MJ, Chaudhary SB. Cervical spondylotic myelopathy: factors in choosing the surgical approach. Adv Orthop. 2012
- Scarponi S, Baldini M. La mielopatía cervicale da stenosi del canale: Valutazione clinica. Chirurgia (Bucur). 2010;23(5)
- García-Armengol R, Colet-Esquerre S, Teixidor-Rodríguez P, Alamar-Abril M, Cladellas-Ponsa JM, Hostalot-Panisello C, et al. Complicaciones del abordaje anterior en la patología de la columna cervical. Neurocirugía. 2007
- White AA, Panjabi MM. Biomechanical considerations in the surgical management of cervical spondylotic myelopathy. Spine (Phila Pa 1976)

Para recibir una copia del artículo completo.
O diríjase a: imsanchezcot@gmail.com

