

Cuadriplejia aguda no traumática

Reporte de un caso

Dr. Salvador Mattar Díaz*

Resumen

Se reporta el caso de un síndrome de la arteria espinal anterior a nivel cervical, cuyo factor desencadenante fue la obstrucción mecánica producida por un barra espondilótica. La evaluación preoperatoria se efectuó mediante estudios neurofisiológicos y neuroradiológicos de columna cervical.

La intervención operatoria se llevó a cabo por abordaje anterior, bajo técnica microquirúrgica se resecaron el disco y los osteofitos del espacio C5-C6, confirmándose la compresión anterior de la médula espinal. El seguimiento posoperatorio ha demostrado una recuperación neurológica motora y sensitiva progresiva.

Introducción

La compresión aguda de la médula espinal o de sus raíces nerviosas es una complicación bien reconocida, producida la mayoría de las veces por traumatismos raquímedulares⁵; dentro del canal raquídeo, la compresión directa de los elementos nerviosos, no es la única forma por la que la espondilosis puede producir síntomas de mielopatía².

Las relaciones anatómicas topográficas de los vasos medulares y radiculares los hacen muy vulnerables a compresiones del espacio central y/o foraminal, es así como una leve isquemia por espondilosis puede llevar a una mielopatía cervical⁴.

Este reporte presenta el primer caso de nuestro servicio con una mielopatía cervical aguda de causa no traumática, secundaria a compresión de la arteria espinal anterior por una barra espondilótica; posterior a la verificación diagnóstica se procedió a la descompresión quirúrgica inmediata.

Caso reportado

Un paciente hombre de 57 años de edad, consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Metropolitano de Barranquilla, cinco meses después de haber presentado un cuadro neurológico agudo el cual se manejó médicamente en otra institución de la ciudad. Dicho cuadro fue de instalación súbita y carácter progresivo iniciándose 12 horas antes a su primera consulta; caracterizado por un dolor cervical intenso y disminución de la fuerza en miembros superiores, comprometiendo posteriormente los miembros inferiores e imposibilitando la deambulacion; además presentó alteración de la sensibilidad en las cuatro extremidades y pérdida del control de esfínteres.

Al examen neurológico se encontró *nistagmus* horizontal bilateral grado II/III, cuello rígido y álgido, cuadriparesia flácida y pérdida de la sensibilidad termo-algésica en hemicuerpo izquierdo desde el nivel C5, clasificándose en el grado V según Nurick³.

En los estudios realizados consistentes en potenciales evocados somato-sensoriales, rayos X (Figura 1), tomografía computarizada (Figura 2) y resonancia magnética simple y con contraste paramagnético de columna cervical (Figura 3), se confirmó la presencia de una espón-dilo-artrosis

* Neurocirujano, Profesor de la Universidad Libre de Colombia, Jefe del Servicio de Neurocirugía, Clínica La Asunción, Barranquilla, Atlántico.



Fig. 1 Rayos X
Véase texto

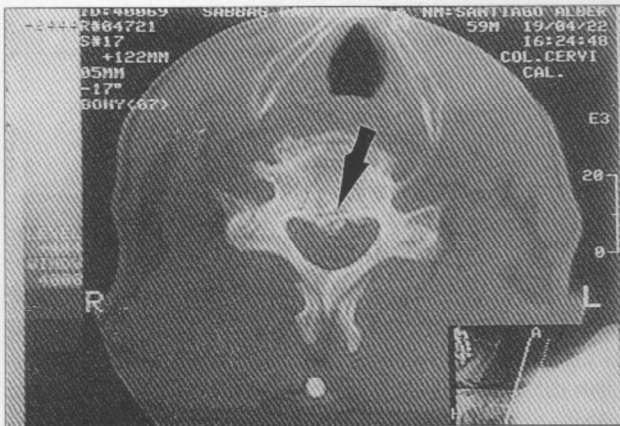


Fig. 2 TAC Véase texto.

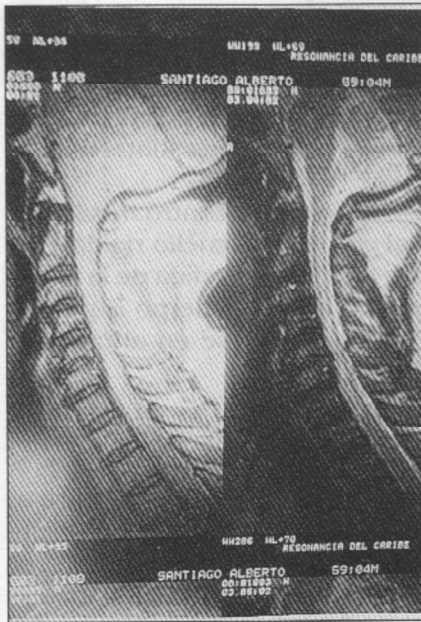


Fig. 3 Resonancia magnética
Véase texto.

entre C3 y C7, predominante a la altura del nivel C5-C6; además en la secuencia T2 de la resonancia magnética se observó una hiperintensidad centromedular de C4 a C7. El paciente fue valorado y tratado por parte del servicio de neurología mediante la administración de metilprednisolona por 24 horas¹, y ante la remisión importante del cuadro clínico fue dado de alta.

Cinco meses más tarde, sin apreciarse recuperación de motricidad, sensibilidad ni control de esfínteres y ante la agudización de su cuadro clínico, se procedió al tratamiento quirúrgico cuya intervención se efectuó el 26 de abril de 1994.

Técnica quirúrgica

Por abordaje anterior de columna cervical y bajo técnica microquirúrgica, se descomprimió el nivel C5-C6 mediante discoidectomía y resección de osteofitos, confirmándose la compresión anterior de la médula espinal; posteriormente, se colocó injerto óseo autólogo tricortical obtenido de la cresta ilíaca.

Posoperatorio

En el período inmediato presentó disfonía, con resolución total de la misma a las cuatro semanas; el seguimiento fue satisfactorio con remisión inmediata del dolor cervical, al quinto mes recuperación del control de esfínteres y al decimo-cuarto mes mejoría importante de la motricidad y la sensibilidad, para un grado III de Nurick en la actualidad.

La resonancia magnética de control muestra un diámetro apropiado del canal cervical sin progresión de la espón-dilo-artrosis, una adecuada incorporación del injerto óseo y la presencia de una discreta cavidad siringomiélica desde C4 hasta C7. (Figuras 4a-4b).

Discusión

Este reporte pretender llamar la atención acerca de una patología infrecuente, como es el síndrome cervical de la arteria espinal anterior secundaria a compresión intrarraquídea aguda por espondilosis. El médico debe tener siempre en mente como diagnóstico diferencial esta patología, ante un paciente cercano a la sexta dé-

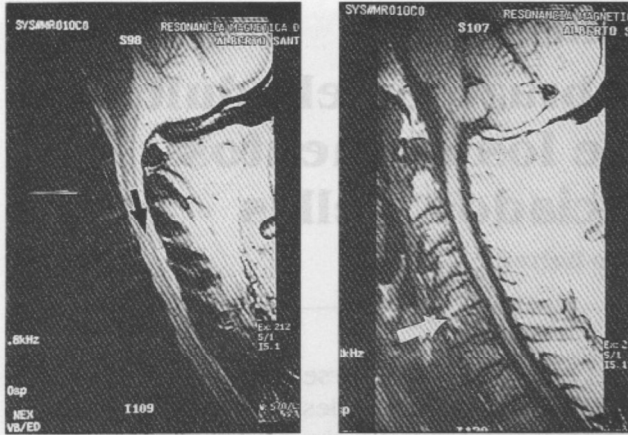


Fig. 4a y Fig. 4b Resonancia magnética post-operatoria.
Véase texto.

cada o mayor, con un cuadro de déficit neurológico agudo no traumático.

La prontitud del diagnóstico clínico y la confirmación por resonancia magnética, son determinantes para poder proporcionarle al paciente un tratamiento quirúrgico precoz y adecuado.

Agradecimientos

El autor desea agradecer al Dr. Javier Matta Ibarra, Docente Investigador de la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud, Ortopedista y Traumatólogo del Hospital Militar Central en Santa Fe de Bogotá, D.C., por la revisión metodológica del presente trabajo.

Abstract

The following reports the case of an anterior spinal artery syndrome at the cervical region, thus is deserved a quite and detailed revision of the literature since the provocative agent was the mechanical obstruction due to a cervical spondilotic bar. The preoperative clinical assessment was confirmed by neurophysiological and neuroradiological tests of the cervical spine.

It was carried out the anterior approach to the cervical spine and with microsurgical technique was resected the disc and osteophytes at C5-C6 intervertebral space, confirming the anterior compression of the spinal cord.

The postoperative follow up has show an encouraging sensitive and motor neurological recovery.

Bibliografía

1. **Bracken M. B., Shepard M. J., Collins W. F., et al.:** Methylprednisolone or naloxone treatment after acute spinal cord injury: 1-year follow-up data. *J Neurosurg* 76: 23-31, 1992.
2. **Mannen T.:** Vascular lesions in the spinal cord of the agent. *Geriatrics* 21: 151-160, 1996.
3. **Nurick S.:** Natural history and the results of surgical treatment of the spinal cord disorder associated with cervical spondylosis. *Brain* 95: 105, 1972.
4. **Taylor A. R.:** Vascular factors in the myelopathy associated with cervical spondylosis. *Neurology* 14: 62-68, 1964
5. **Vassilouthis J., Kalovithouris A., Papandreou A., et al.:** The symptomatic incompetent cervical intervertebral disc. *Neurosurg* 25: 232-239, 1989.