

Hernia discal cervical

[Hernia discal](#) de la [columna cervical](#).

La hernia discal blanda (soft disk), y el [osteofito](#) que es duro (hard disk), muchas veces se asocian en el mismo enfermo.

Clasificación

Según el nivel

ver [Hernia discal cervical alta](#).



Hernia discal cervical C3-C4

Hernia discal cervical de columna media y baja

C4-C5

C5-C6



En C5-C6 se aprecia una rectificación focal de la lordosis fisiológica apreciándose mínimas formaciones osteofitarias marginales posterolaterales. El disco presenta una hernia discal extruida paramedial derecha, que llega a comprimir levemente el cordón medular con afectación foraminal ipsilateral. Mínima protrusión discal posteromedial C4-C5.

C6/C7

C7/D1

Migradas o contenidas, para lo cual es especialmente útil la resonancia magnética especialmente en T1.

Epidemiología

Las [hernias discales cervicales altas](#) son extremadamente raras

Frecuencia por segmentos:

C4-C5 - 2 %

C5-C6 - 19 %

C6/C7 - 69 %

C7/D1 - 10 %

Etiología

Una mala postura, combinada con el uso habitual de una mecánica corporal incorrecta, puede ejercer una tensión adicional sobre la columna cervical.

Por degeneración o envejecimiento articular, con formación de osteofitos vertebrales.

Por micro traumatismos

Si se combinan estos factores con los efectos del desgaste cotidiano, las lesiones, una manera incorrecta de levantar objetos o los movimientos de torsión, es fácil entender lo que ocasiona una hernia de disco. Una hernia de disco puede desarrollarse súbita o gradualmente, en cuestión de semanas o meses.

Clínica

Varía mucho de unos pacientes a otros; desde molestias mínimas hasta parálisis para caminar. Las hernias de disco cervicales típicamente producen dolor en el cuello, tortícolis, dolor y/o acorchamiento en brazos, manos y dedos y, mareos y, en ocasiones, pérdida de fuerza y sensibilidad en los brazos. Más raro es que compriman la médula y causen trastornos en miembros inferiores (que afectan a la marcha), y en los esfínteres (que pueden producir dificultades para orinar).

Compresión de raíces de nervios periféricos. La compresión de la raíz de un nervio raquídeo produce dolor en el área de la distribución de la raíz, pero es importante recordar que el dolor puede diseminarse mas ampliamente de lo imaginado, sintiéndose el dolor de la raíz de C4 en la región escapular y el dolor de la raíz C7 en la parte anterior del tórax.

DeltoidesC5-C6.

Bíceps.....C5-C6.

Tríceps.....C6-C7-C8.

Extensores y flexores de muñecas y dedos.....C7-C8.

Abductores y extensores de los pulgares.....C7-C8.

Músculos intrínsecos de las manos.....C8-D1.

El compromiso de la raíz sensitiva puede producir parestesia y por consiguiente alteraciones de todas la modalidades de sensibilidad en el dermatoma afectado. En los estados tempranos, la irritación de la raíz motora puede producir una sensibilidad aumentada y no placentera (Hiperestesia).

Compresión de la medula espinal cervical. La compresión de la medula espinal cervical es una condición muy seria que ocurre más comúnmente a nivel de C5-C6. Aunque hay una variedad de presentaciones, la mas usual involucra hallazgos por lesión de neuronas motoras superior en una o ambas piernas con hallazgos por lesión de neuronas motoras inferior en los miembros superiores. Además puede haber una variedad de anormalidades sensitivas en brazos y piernas.

Compresión de la arteria vertebral. La compresión de la arteria vertebral puede llevar, particularmente en el paciente, a isquemia de tronco cerebral y a la producción de vértigo, tinnitus,

alteraciones visuales, dificultad para hablar y deglutir, ataxia y otros signos de disfunción cerebral.

Diagnóstico

La hiperextensión cervical suele agravar el cuadro clínico. Suelen mejorar elevando y colocando el brazo detrás de la cabeza o en las tracciones axiales.

En la exploración neurológica se deberá descartar la presencia de un síndrome de Horner (afectación C8-D1). Se deberá descartar siempre un Infarto de miocardio en una cervicobraquialgia izq. territorio C6.

La espondilosis se diagnostica con las radiografías simples y La TAC.



En Resonancia Magnética se hace un diagnóstico más preciso, sobre todo de la hernia de disco y de las estructuras que puede afectar.



Rectificación de la lordosis cervical. Excrecencias óseas de tipo mecánico en porción anterior de cuerpos vertebrales y a nivel uncovertebral, así como en elementos posteriores, con pinzamiento foraminal bilateral C5-C6 y de predominio izquierdo C6-C7. Los cuerpos vertebrales mantienen una altura conservada y una alineación adecuada en el plano sagital. Hipointensidad de señal de discos intervertebrales en secuencias T2, indicando deshidratación-degeneración discal. A nivel C4-C5 existe un desplazamiento posterior paramedial derecho del disco intervertebral, con afectación de la porción anterior derecha del canal, aunque no parece llegar a afectar raíces. A nivel C5-C6, se visualiza también un desplazamiento significativo del disco en sentido posterior y paramedial derecho, con afectación de la porción anterior derecha del canal y probable afectación radicular de la raíz emergente. En el espacio C6-C7, se visualiza un discreto desplazamiento posterior amplio del disco intervertebral, lateralizado izquierdo, con probable afectación radicular.

Electromiografía

A veces la electromiografía indica cuál es el nervio afectado. La interpretación de todas estas pruebas puede ser difícil, porque muchas personas sanas tienen alteraciones en sus radiografías e incluso en la Resonancia Cervical.

Cuando se precisan más detalles se puede precisar una Mielo-TAC.

Diagnóstico diferencial

Un hematoma en un disco intervertebral extruido en la región cervical es poco común y si se piensa en esta situación rara el diagnóstico diferencial común sería un tumor de la vaina nerviosa o un hematoma epidural espontáneo (Joshi y col., 2011).

Tratamiento

Manejo conservador de la hernia discal cervical

Tratamiento quirúrgico

Se considera cuando el tratamiento conservador no alivia los síntomas o cuando se sospecha compresión de la médula espinal.

Consiste en general en un [abordaje cervical anterior](#) con [discectomía cervical anterior](#) y [fusión intersomática](#).

A veces por vía posterior mediante una [foraminotomía cervical](#).

Las migradas pueden ser tratadas preferiblemente a través de una [corporectomía cervical](#) (Srinivasan y col., 2011).

Complicaciones

Las más frecuentes son las molestias en el cuello y dolor al tragar. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento. Más raramente pueden producirse problemas con las piezas óseas que se colocan entre las vértebras, infecciones de la herida y las derivadas de cualquier anestesia general. Las complicaciones más graves que se han descrito, aunque excepcionales, son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa hasta ser causa de muerte (excepcionalmente). Hay un libro de la Sociedad Española de Neurocirugía con la mayoría de las complicaciones posibles, aunque no necesariamente probables.

Cuidados postoperatorios En general, después de la operación, el paciente puede levantarse llevando un collarín cervical. La herida se revisará con curas locales y la sutura se retirará a los 7 días. Habitualmente se da el alta a los 7 días, pudiendo adelantarse o retrasarse según el estado de cada paciente. En el informe de alta, que recibirá antes de marcharse, se describirá la intervención y se recomendará seguir reposo relativo, llevar collarín cervical y tomar analgésicos si apareciera dolor.

Indicación quirúrgica:

El 95 % de las radiculopatías agudas por hernia discal cervical mejoran sin cirugía. Esta indicada la cirugía en aquellos que no mejoran o aquellos con déficit neurológico progresivo.

Vías: 1.)Anterior: Vía de elección.

2.)Decompresión cervical posterior: 3 o más niveles con discopatías discales u osteofitos que produzcan [mielopatía cervical](#) o donde la estenosis cervical sea más significativa que la hernia.

3.)Laminotomía posterior pequeña: monoradiculopatía con hernia de disco blanda y posterolateral

Cuando la vía anterior no sea posible (Cuello corto o niveles superiores a C3 o niveles inferiores a C7/Th1)

Bibliografía

Joshi V, Muzumdar D, Mahore A, Goel A. Posterolateral extrusion of c7-d1 intervertebral disc associated with intradiscal hematoma. Turk Neurosurg.2011;21(3):446-8.

Srinivasan, Uddanapalli Sreeramulu, Gopalan Senthil Kumar, and Kanthila Bhat Mahesha. 2011.

"Posterior epidural migration of sequestered cervical disc fragment: case series." Asian Spine Journal 5 (4) (December): 220-227. doi:10.4184/asj.2011.5.4.220.

Informe de alta

ver [Informe de alta de hernia discal cervical](#)

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=hernia_discal_cervical

Last update: **2025/05/03 23:58**

