

# Mielopatía cervical

Es el daño medular a nivel [cervical](#).

Es la causa más frecuente de [paraparesia](#) y [tetraparesia](#) espásticas en edad avanzada.

## Clínica

El cuadro clínico incluye [cervicalgia](#), síntomas sensitivos y motores. Puede existir afectación de esfínteres en fases evolucionadas. Los signos y síntomas motores suelen ser los más prominentes: debilidad de predominio en miembros superiores, [espasticidad](#) en miembros inferiores, alteración de la marcha.

Los síntomas sensitivos son más variables y suelen debutar en partes distales de miembros superiores.

También puede aparecer un signo de L'hermitte.

---

## Exploración

Se han de explorar movilidad del [cuello](#) y hombro y hacer un examen neurológico completo. Debe ir encaminada a diferenciar la afectación musculoesquelética de los daños secundarios a afectación medular, radicular, del plexo o de los nervios periféricos. El cuello se palpa en busca de puntos gatillo y zonas hipersensibles y se comprueba su movilidad en flexión, extensión, lateralización y rotación derecha e izquierda. Existen una serie de maniobras que, aunque poco sensibles son bastante específicas de afectación de la raíz. Si inclinamos la cabeza hacia el lado doloroso y aplicamos presión hacia abajo se reproduce el dolor agudo irradiado del daño radicular. Cuando el paciente coloca la mano del lado afectado sobre la cabeza, se disminuye la presión sobre la raíz y el dolor cede. Estirar la cabeza con el paciente tumbado también mejora el dolor radicular. Además de palpar el hombro se debe comprobar su movilidad en abducción y rotación interna y externa. La tendinitis o la patología del manguito de los rotadores desencadenan dolor en alguna de estas maniobras que se acompaña de hipersensibilidad a la palpación en un punto lateral del hombro. Si el dolor es más difuso en la zona anterior indica bursitis. En la patología del codo se aprecia dolor al palpar sobre epitroclea y epicóndilo. La percusión sobre un nervio periférico reproduce las parestesias en su territorio de inervación sensitiva distal. Puede ser positiva en la fosa supraclavicular en la patología del plexo braquial, en la neuropatía cubital en el codo y en la neuropatía del mediano en la superficie flexora de la muñeca. La exploración neurológica ha de ser detallada buscando afectación motora, sensitiva, de los reflejos y de la marcha.

**SIGNOS MOTORES** Hay que inspeccionar el brazo en busca de atrofas y fasciculaciones. Estás sugieren siempre enfermedad del asta anterior pero pueden aparecer de manera más limitada en las radiculopatías cervicales. Después se realiza un balance muscular por grupos, con la extremidad contralateral como control y gradación de la fuerza de 1 a 5 según la escala del Medical Research Council (MRC). La distribución de la debilidad difiere según el problema se localice en asta anterior, raíz, plexo o nervios periféricos aislados. Hay que explorar la marcha del paciente y la fuerza, sensibilidad y reflejos también en las extremidades inferiores. Una combinación de signos de segunda

motoneurona (debilidad, atrofia, ausencia de reflejos en extremidades superiores) junto con signos de primera motoneurona en las piernas que se acompañan de disfunción sensitiva orienta a patología en columna cervical habitualmente por mielopatía cervicocranial en personas mayores.

**SIGNOS SENSITIVOS** Se debe explorar la extremidad superior teniendo en cuenta los dermatomas sensitivos y las áreas específicas que corresponden a la distribución de los nervios periféricos. Han de explorarse también con aguja la parte posterior de la cabeza (C2) y los dermatomas cervicales.

**REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS** Un reflejo bicipital ausente o disminuido respecto al contralateral se aprecia en la radiculopatía C5, el tricipital localiza el problema en C6-C7 y el cúbito pronador en C8. Si la mielopatía cervical es alta estos reflejos no solo no están abolidos sino que pueden salir reforzados.

---

• DD: - Alteración de cordones posteriores. • Romberg (+) - Caída con los pies juntos con los ojos cerrados. - Alteraciones cerebelares. • El paciente no puede mantener el equilibrio con los ojos abiertos. • Dedo-nariz /

**ALTERACIONES SENSITIVAS** • Sensibilidad dolorosa / T<sup>a</sup>.

- Sensibilidad propioceptiva y vibratoria.
- L'Hermitte
- Romberg (+) y empeoramiento de marcha con ojos cerrados.

**SIGNOS DE 1ª MOTONEURONA**

- Hiperreflexia distal a la lesión.
- Disminución / abolición en el nivel lesional.
- Clonus (+/- agotable)
- Babinski.
- Hoffman / Trommer
- Disfunción rectal / vesical / impotencia
- 50 % de los pacientes con mielopatía.

**PROBLEMAS DE LA MANO**

- ATROFIAS.
- PÉRDIDA DE HABILIDAD MANUAL (prensión fina y gruesa).
- IMPOSIBILIDAD DE MANTENER los dedos estirados y juntos.
- Caída del 5º dedo

## Diagnóstico

Se basa en la sospecha clínica y la confirmación con resonancia magnética (RM), que es la prueba que mejor muestra el daño medular y la causa del mismo. El TC proporciona mayor información sobre estructuras óseas (vértebras y tejidos calcificados). El mielo-TC ofrece mayor resolución que el TC convencional. Los estudios electrofisiológicos son de poca utilidad en este caso. La electromiografía sirve principalmente para excluir otras patologías como la esclerosis lateral amiotrófica. También pueden ser de utilidad los potenciales evocados somatosensoriales.

### Mielopatía cervical espondilótica

Esclerosis lateral amiotrófica: a veces los signos bulbares y pseudobulbares tardan en aparecer. Necesario el EMG

Esclerosis múltiple: en ambas puede haber cambios en la señal intramedular por RM

Déficit de B12 (degeneración combinada subaguda)

Tumores

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es uno de los puntos más importantes en el abordaje de estos pacientes. Las principales entidades que pueden simular una mielopatía cervical son:

From:

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

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=mielopatia\\_cervical](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=mielopatia_cervical)

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

