

LESION PIRAMIDAL EXCLUSIVA POR HERNIA DISCAL CERVICAL BLANDA

RECAGNO, G. F.

PALABRAS CLAVES: Disco cervical blando.

Introducción

El abordaje anterior de la columna cervical, con o sin injerto intersomático se ha constituido en una rutina de la práctica neuroquirúrgica.

Las patologías más frecuentemente tratadas por este método son:

- 1) Las cervicobraquialgias producidas por hernias de disco que ocasionan déficit radicular motor y sensitivo con radiografías simples que pueden mostrar o no, un espacio discal estrechado.
- 2) La mielotomía cervical osteoartrósica con un cuadro de compresión medular crónica que provoca sintomatología de vías largas, tiene un frecuente componente radicular asociado y en las radiografías, francas alteraciones osteoartrósicas en uno o varios espacios, con estrechamiento habitual del diámetro anteroposterior del canal.

Se ha reconocido también, como un cuadro que debe distinguirse e identificarse, la compresión medular cervical por protrusión o extrusión del núcleo pulposo blando de un disco intervertebral, en el cual se observan claramente las modificaciones dependientes de la afectación concomitante de la raíz correspondiente (1, 2).

El propósito de este trabajo es presentar tres pacientes gravemente afectados por lesión de la

vía motora córtico-espinal y sin compromiso radicular, debido a una protrusión blanda de un disco cervical.

Material

Nuestra casuística comprende tres pacientes (cuadro I) de 84, 65 y 34 años con un tiempo de evolución de sus síntomas de tres meses, dos años y pocas horas, respectivamente.

Los dos primeros presentaban una severa dificultad en la marcha pues se quejaban de rigidez en ambos miembros inferiores y en el examen se comprobaba además intensa espasticidad piramidal con neta hiperreflexia predominante en los miembros inferiores; la motilidad del cuello era normal en ambos y el primero, tenía también Babinski bilateral e incontinencia urinaria ocasional desde el comienzo de sus molestias; el tercer enfermo, tuvo un comienzo llamativo, pues al despertarse una mañana notó imposibilidad para moverse normalmente; al ingreso se observaba importante cuadriparesia con nivel motor desde C6 hacia abajo, con signos de liberación piramidal, clonus de pies y Babinski bilateral; había leve dolor interescaular a la movilización del cuello.

En ninguno de los tres pacientes se pudo comprobar alteración de la sensibilidad superficial o profunda, incluso en los miembros superiores.

CUADRO I
Datos Preoperatorios

Caso	Edad	Sexo	Evolución	Sintomatología	Examen Neurológico	E.M.G.	Radiografía	Mielografía
1	84	M	3 meses	Marcha espástica Incontinencia urinaria ocasional	Piramidalismo en 4 mm Babinski + Sensibilidad normal	Déficit Radicular C6	Pinzamiento C5/6 y C6/7	Stop C4-5
2	65	F	2 años	Paraparesia Marcha espástica	Piramidalismo en 4 mm Babinski (-) Sensibilidad normal	Normal	Leve osteoartrosis	Imagen discal C3-4
3	34	M	horas	Cuadriparesia marcada	Cuadriparesia con Piramidalismo (clonus y Babinski +) Nivel motor C6 Sensibilidad normal	No	Normal	Stop C5-6

CUADRO II
Datos Postoperatorios

Caso	Evolución	Examen Neurológico	Radiografía	Resultado
1	2 años	Sin espasticidad Hiperreflexia en 4 mm	Fusión C4-5	Muy Bueno
2	2 meses	Menor espasticidad Reflejos vivos en 4 mm	Injerto con leve desplazamiento anterior	Bueno y mejorando
3	1 año	Sin espasticidad Reflejos vivos	Injerto en buena posición	Muy bueno Recuperación total

Las radiografías simples mostraron en el primer enfermo importante osteoartritis de C5-C6 y C6-C7; leves modificaciones osteoartrosicas en el segundo y se interpretó como normal en el tercero.

El electromiograma (EMG) preoperatorio revelaba déficit motor discreto y bilateral en C6 en el primer caso; era normal en el segundo y no se hizo en el tercero.

La mielografía, efectuada con Duroliopaque demostró un importante defecto al pasaje de la sustancia de contraste en los niveles siguientes: en el primero, entre C4 y C5 (Figura 1a); en el segundo entre C3 y C4 y en el último entre C5 y C6; en todos los casos se interpretó la imagen como debida a una protrusión del disco intervertebral correspondiente.



Figura 1a.

Resultados

Los dos primeros pacientes comenzaron a deambular dentro de las primeras 48 horas con el collarín colocado y manifestaron mejoría subjetiva de su cuadro dentro de la primera semana del postoperatorio. El tercer paciente, que fue intervenido a las 48 horas del comienzo

Técnica Quirúrgica

Usamos el abordaje anterior habitual; con anestesia general y tracción cervical de 4 Kg; practicamos incisión horizontal lateral derecha sobre el pliegue mediano del cuello y después de separar los planos correspondientes, controlamos radiográficamente el espacio deseado. Efectuamos una discectomía amplia por línea media.

En los tres casos se obtuvo gran cantidad de material discal blando degenerado y se observó que la motilidad entre los dos cuerpos vertebrales era normal. Se practicó previo avivamiento de las superficies, un injerto homólogo de tibia extraído en la misma operación y moldeado a gubia (Fig. 1b y 2a). Se colocó collarín de plástico por el término de 45 a 60 días. No se registró ninguna complicación postoperatoria.



Figura 1b.

de su cuadro, logró sentarse a las 48 horas de la operación y empezó a deambular con dificultad a los 7 días.

La evolución alejada ha sido la siguiente:

1. El primer paciente ha mejorado paulatinamente durante los 2 años que lleva desde su intervención; camina sin dificultad,



Figura 2a.



Figura 2b.

desapareció su incontinencia urinaria y al examen no hay espasticidad y sólo hiperreflexia en los cuatro miembros sin Babinski.

La radiografía muestra correcta fusión del espacio C4-5 (Fig. 2b).

2. El segundo caso, luego de dos meses de evolución, camina con mucha menor dificultad, y no se manifiesta espasticidad y sus reflejos permanecen vivos. La radiografía de control muestra leve desplazamiento del injerto hacia adelante, pero debe recalcar que fue obtenida 15 días después de retirado el collarín; la movilidad de su cuello es normal. (Fig. 2a.).
3. El tercer caso, luego de un año de interenido no tiene ninguna dificultad para caminar y ha vuelto a su trabajo habitual de estibador; al examen sólo hay reflejos vivos en ambos miembros inferiores. La radiografía mostraba injerto en correcta posición.

Discusión

Se presentan tres casos de compresión cervical de distinta evolución por protrusión de disco intervertebral blando, en los cuales el síntoma prácticamente único era la afectación crónica o aguda de las vías motoras.

En los tres pacientes, las radiografías no mostraban lesión del espacio afectado, y en uno de ellos, la importante osteoartrosis de dos espacios inferiores, podía inducir al diagnóstico equivocado de mielopatía cervical espondiloartrósica.

Los EMG efectuados no revelaron alteración de la raíz correspondiente al nivel lesionado.

La mielografía es el examen fundamental para confirmar con precisión el diagnóstico. La cirugía es simple y nosotros colocamos sistemáticamente un injerto intersomático de tibia, a pesar de otras opiniones que aconsejan la discectomía sin injerto (2, 3).

La evolución de los tres enfermos fue excelente.

Como conclusión, recalamos el hecho de que ante un cuadro motor puro, como el que presentaban nuestros casos, sin lesión periférica clínica ni al EMG y con radiografía normal, debe practicarse ineludiblemente una mielografía para evitar el grave error de hacer un diagnós-

tico insoluble de enfermedad degenerativa medular. Asimismo, se ha descrito y nuestro primer caso lo confirma, la circunstancia de que el espacio afectado por la protrusión blanda puede ser superior a espacios lesionados crónicamente y revelados por la radiografía simple; por lo tanto, en tales casos, sospechados de una mielografía cervical, aconsejamos el estudio integral del canal cervical, para realizar un diagnóstico exacto y decidir en consecuencia un abordaje correcto.

BIBLIOGRAFIA

1. ARONSON, N. I. The management of soft cervical disc protrusion using the Smith-Robinson approach. *Cl. Neurosurg.* 20: 253-258, 1973.
2. O'LAORIE, S. A. and THOMAS, D. G. Spinal cord compression due the prolapse of intervertebral disc. *J. Neurosurg.* 59: 847-853, 1983.
3. ROBERTSON, J. Anterior removal of cervical disc without fusion. *Cl. Neurosurg.* 20: 259-261, 1973.