
Comentario

El artículo del Dr. Pedro Arqué y colaboradores fue publicado en 1964, época en la cual el médico diagnosticaba en función de los síntomas y signos clínicos que presentaba el enfermo, sin los avanzados medios diagnósticos de los que disponemos actualmente.

El estilo del artículo es coloquial, sin las exigencias científicas actuales; en lo que respecta a las referencias bibliográficas se ha variado radicalmente, y obviamente no se habían desarrollado las actuales escalas de valoración, por lo que un lector de nuestra época encuentra difícil determinar el grado de mejoría subjetiva y objetiva y al cabo de cuánto tiempo de seguimiento.

En dicho trabajo se pretende -a mi modo de ver- evaluar tres aspectos: la clínica del llamado entonces “síndrome cérvico-braquial”, la técnica quirúrgica y el resultado de la misma en un grupo de 18 enfermos, y por último discutir sobre la etiología del citado síndrome. Analizaremos cada punto.

El Dr. Arqué incluye dentro del síndrome cérvico-braquial toda una cohorte de síntomas, tanto desde el punto de vista del dolor neurológico como vegetativo. Análisis posteriores han documentado que, en relación con los trastornos derivados de la espondilosis cervical, podemos distinguir tres grandes síndromes clínicos: el dolor puramente axial o cervicalgia, la radiculopatía cervical, y la mielopatía cervi-

cal¹. El dolor cervical, referido a la nuca y/o hombros, pero sin irritación radicular, es un síndrome de alta prevalencia en la población general y, aunque en ocasiones está asociado a síntomas vegetativos (mareos, náuseas, etc.), la relación directa con cualquier patología orgánica vertebral no está clara. Es más común observar estos síntomas tras síndromes de latigazo cervical² y relacionarlos en muchos casos con factores psicológicos, no infrecuentes en este proceso³. La radiculopatía cervical es el síndrome causado por la irritación de una o varias raíces nerviosas cervicales, generalmente por espondilosis cervical o una hernia discal, con el resultado de dolor o alteraciones sensitivas o motoras en un determinado dermatomo. La mielopatía cervical es una disfunción medular secundaria a la compresión extrínseca de la médula cervical y de su vascularización que se desarrolla en el curso de la espondilosis cervical, y se caracteriza por la afectación tanto de extremidades superiores (con signos de segunda neurona, atrofia y debilidad) como de extremidades inferiores (con signos de primera neurona, espasticidad, hiperrreflexia y trastornos de la marcha) e incluso síntomas esfinterianos.

En cuanto a la técnica quirúrgica, perfectamente detallada, no varía sustancialmente de la realizada actualmente⁴, si bien disponemos de medios técnicos más sofisticados que evitan complicaciones como las descritas (aunque no pre-

senten en su serie) (movilización del injerto, pseudoartrosis, etc.). Asimismo, los sistemas de placas cervicales actuales evitan la incómoda inmovilización de los pacientes con collarines o enyesados. En todo caso, la artrodesis cervical anterior sigue siendo la técnica más empleada para el tratamiento de la hernia discal cervical y la mielopatía cervical, con unos resultados excelentes en pacientes bien seleccionados, siendo una técnica sencilla que nos permite ver al paciente, como describe de forma coloquial el Dr. Arqué, con una mejoría de los síntomas “como por arte de magia”.

Con respecto a la etiología, el artículo pretende explicar la mejoría de los pacientes en relación con su cuadro clínico previo. Desde este punto de vista, y a falta de los conocimientos de los que disponemos actualmente, el Dr. Arqué propone dos factores que aún siguen en vigencia para explicar los resultados: por un lado la extirpación de elementos compresivos (disco y osteofitos) y por otro la limitación de la movilidad impuesta por la artrodesis, y que eliminaría los factores irritativos sobre diferentes estructuras.

Dada la escasez de medios diagnósticos por imagen, salvo la radiografía (RX) y las dinámicas, era imposible evaluar en qué medida estaban comprometidos diversos elementos (raíces, cordón medular y arteria vertebral). Actualmente, tanto la resonancia magnética (RM) como la tomografía computarizada (TC) son esenciales en el diagnóstico radiológico de los trastornos degenerativos cervicales. Sin embargo, nunca debemos olvidar un buen estudio radiológico que incluya RX dinámicas, ya que la inestabilidad cervical es uno de los factores etiológicos constatados en los tres síndromes cervicales antes expuestos^{1,4,5}, lo cual en parte puede justificar la mejoría de algunos de los pacientes descritos por el Dr. Arqué.

Actualmente reconocemos, además de los factores mecánicos, otros patogénicos y fisiopatológicos en relación con el dolor cervical y con la irritación radicular, tales como los mediadores del dolor o de la inflamación (sustancia P, péptido intestinal vasoactivo [VIP], etc)⁶. La hipoxia, también apuntada en el artículo en mención, así como la respuesta a la hipovascularización medular o radicular, resultado de la compresión de los vasos que irrigan la médula o las raíces, es otro de los factores fisiopatológicos responsables de estos síndromes.

La mejoría en alguno de los síntomas y signos a los que hace referencia el Dr. Arqué en su trabajo (vértigos,

náuseas, etc.) no está del todo demostrada ni siquiera en nuestros tiempos, por lo que no debemos animar al paciente a una cirugía para resolver este tipo de síntomas. Actualmente los criterios quirúrgicos en cuanto al dolor cervical son limitados, restringiéndose para aquellos pacientes con inestabilidad comprobada y con signos positivos en la RM o en la discografía, siendo los resultados en todo caso similares al tratamiento conservador⁷. En cuanto a la radiculopatía cervical, si bien un buen número de pacientes responde de forma adecuada al tratamiento conservador, cuando éste fracasa el tratamiento quirúrgico mediante artrodesis anterior ofrece excelentes resultados. La mielopatía cervical, sin embargo, cuando es progresiva, debe tratarse quirúrgicamente, bien mediante abordaje anterior o posterior, según una serie de criterios que se escapan del comentario actual^{1,4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Díaz R. Patología degenerativa cervical: fisiopatología, diagnóstico y enfoque terapéutico. En: *Patologías del caquis*. Madrid: Fundación SECOT – Drug Farma; 2001. p. 51-71.
2. Losada Viñas J, González Díaz R, Echavarrí Pérez C. Traumatismos de partes blandas cervicales. Síndrome de latigazo cervical. *Rev Ortop Traumatol*. 2001;45 Supl:58-65.
3. Peolsson A, Vavruch L, Olberg B. Predictive factors for arm pain, neck pain, neck specific disability and health after anterior cervical decompression and fusion. *Acta Neurochir (Wien)*. 2006;148:167-73.
4. González Díaz R, Losada Viñas J. Abordaje anterior en patología degenerativa cervical. *Rev Ortop Traumatol*. 2001;45 Supl:16-27.
5. Rao RJ, Currier BL, Albert TJ, Bono CM, Marawar SV, Poelstra KA, et al. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis, and management. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89A:1360-78.
6. Malmberg AB, Yaksh TL. Hyperalgesia mediated by spinal glutamate or substance P receptor blocked by spinal cyclooxygenase inhibition. *Science*. 1992;257:1276-9.
7. Palit M, Schofferman J, Goldthwaite N, Reynolds J, Kerner M, Keaney D, et al. Anterior discectomy and fusion for the management of neck pain. *Spine*. 1999;24:222-8.

R. González Díaz

Unidad de Cirugía de Raquis.

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.