

plantas. Asimismo, presentaba un intenso mal olor. El paciente tenía como calzado deportivo unas zapatillas cerradas, compuestas en su totalidad por materiales sintéticos. Ante el diagnóstico clínico de queratólisis plantar sulcatum se instauró tratamiento con mupirocina tópica 2 veces al día durante 7 días. Al cabo de 10 días el paciente se encontraba asintomático y no se apreciaban alteraciones en la exploración.

M. Corral de la Calle<sup>a</sup>, L. Pérez España<sup>a</sup>, M.I. Domínguez Hidalgo<sup>b</sup> y M. Casado Jiménez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario de La Paz. Madrid. España. <sup>b</sup>Médico de atención primaria. Ciudad Real. España.

1. Zaias N. Pitted and ringed keratolysis. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:787-91.
2. Taplin D, Zaias N. The etiology of pitted Keratolysis. *Proceedings of the XIIIth - Intenational Congress of Dermatology* 1968; p. 593-5.
3. Takama H, Tamada Y, Yano K, Nitta Y, Ikeya T. Pitted keratolysis: Clinical manifestations in 53 cases. *Br J Dermatol* 1997;137:282-5.
4. Tilgren W. Pitted keratolysis. Ultrastructural study. *J Cutan Pathol* 1979;6:18-22.
5. Zaias N, Taplin D, Rebell G. Pitted keratolysis. *Arch Dermatol* 1965;92:151-4.

## Mielopatía cervicoartrósica de evolución subaguda

**Introducción.** Las enfermedades agudas y subagudas de la médula espinal suelen deberse a compresión extramedular por tumores, infecciones o traumatismos. Presentamos el caso de un trastorno medular subagudo debido a cervicoartrosis.

**Palabras clave:** Mielopatía. Cervical. Espondiloatrosis.



**FIGURA 1.** RM donde se aprecian los osteofitos en las vértebras cervicales.

**Caso clínico.** Varón de 73 años que refiere parestesias y frialdad en el pie derecho con dificultad para la deambulación de un mes de evolución que ha ido progresando hasta llegar al tórax. En la exploración física se objetiva un nivel sensitivo en D4, fuerza disminuida en el miembro inferior derecho (MID), reflejos exaltados con cutáneo plantar indiferente en el MID. Se remite al hospital con la sospecha de compresión del canal medular. Mediante resonancia magnética se diagnostica de estenosis de canal medular por espondiloartrosis cervical (fig. 1). Se realiza una laminectomía descompresiva y evoluciona satisfactoriamente.

**Discusión y conclusiones.** La degeneración artrósica de la columna cervical es muy frecuente después de la edad media de la vida, no así la manifestación tan aguda que presenta este paciente<sup>1</sup>. El proceso degenerativo afecta al disco intervertebral y a los márgenes de las vértebras adyacentes, que producen herniaciones, osteofitos e, incluso, bandas espondilíticas<sup>2</sup>. Estos cambios son máximos en C5-C6 y C6-C7. Este proceso puede verse empeorado por una mala higiene postural<sup>3</sup>. La mielopatía cervicoartrósica (MC) puede presentarse de 2 formas clínicas:

– Síndrome radicular cervical: presenta dolor en la nuca que se agrava con los movimientos y se alivia con la tracción axial. El

dolor puede irradiarse a brazos y pueden existir otros fenómenos sensitivos.

– Mielopatía cervical: paraparesia espástica a menudo asimétrica con debilidad en los miembros inferiores. Presenta signos extrapiramidales en los miembros inferiores.

El curso típico de la MC es progresivo a lo largo de años. En nuestro caso, los síntomas se manifestaron en un período no superior a 2 meses.

El diagnóstico de la MC puede llevarse a cabo ambulatoriamente mediante radiografías. En caso de presentar síntomas de origen agudo o subagudo, como en nuestro caso, estamos obligados a remitirlo al hospital para descartar una estenosis de canal. El tratamiento puede ser conservador en los estadios iniciales de una presentación más larvada, cuando no se hayan desarrollado síntomas de compresión, pero si aparecen estos síntomas, la cirugía con laminectomía descompresiva es el tratamiento de elección<sup>4</sup>.

A.A. Mateos Rodríguez, A. Martín Ramos, M.A. Delgado Nicolás y S. Ayala Luna

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Ángeles. Área XI. Madrid. España.

1. Feldmeyer JJ. Cervical myelopathy: diagnostic problems. *Rev Med Suisse Romande* 2000;120:685.
2. Mak KH, Mak KL, Gwi-Mak E. Ossification of the ligamentum flavum in the cervicothoracic junction: case report on ossification on both sides of the lamina. *Spine* 2002;27:E11-4.
3. Iet N. Cervical myelopathy as a result of ossification of the posterior longitudinal ligament. *Rev Neurol (Paris)* 1986; 142:771.
4. Kadanza Z, Mares M, Bednamik J, Smecka V, Krobec M, Stejsakal L, et al. Approaches to spondylotic cervical myelopathy: conservative versus surgical results in a 3-year follow-up study. *Spine* 2002;27:2205.