



Clínica cotidiana

De lo cotidiano a lo inesperado: mielopatía cervical compresiva en un paciente con síndrome de Klippel-Feil C6-C7 sin inestabilidad

Miguel Ángel Castilla Moreno^{a,*}, Anabel Soliva Navarro^b, Martín L. Montero Gumucio^c

^aCentro de Salud Berja. Berja, Almería. ^bCentro de Salud Godella. Godella, Valencia. ^cCentro de Salud Olula del Río. Olula del Río, Almería.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Síndrome de Klippel-Feil
 Mielopatía cervical
 Estenosis espinal
 Electromiografía
 Atención primaria

Keywords:

Klippel-Feil syndrome
 Cervical myelopathy
 Spinal stenosis
 Electromyography
 Primary Care

R E S U M E N

El síndrome de Klippel-Feil es una anomalía congénita poco frecuente caracterizada por la fusión de vértebras cervicales, con riesgo aumentado de estenosis del canal y mielopatía cervical a lo largo de la vida. Presentamos el caso de un varón de 58 años que consulta por dolor cervical subagudo y parestesias en miembros superiores, con posterior aparición de alteraciones de la marcha y síntomas sensitivos en región pélvica tras un viaje prolongado.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

From the everyday to the unexpected: compressive cervical myelopathy in a patient with Klippel-Feil syndrome C6-C7 without instability

A B S T R A C T

Klippel-Feil syndrome is a rare congenital anomaly characterized by fusion of cervical vertebrae, which increases the lifetime risk of cervical canal stenosis and myelopathy. We report the case of a 58-year-old man presenting with subacute neck pain and upper limb paraesthesia, who later developed gait disturbance and pelvic sensory changes after a long trip.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: md@miguelcastilla.eu (M.Á. Castilla Moreno).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.071>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Varón de 58 años que consulta por dolor cervical de cinco meses de evolución, de carácter mecánico, asociado a parestesias en ambos miembros superiores, inicialmente intermitentes. En las últimas semanas refiere torpeza manual y dificultad para tareas finas. Tras un viaje prolongado en coche presenta empeoramiento de la sintomatología, con inestabilidad de la marcha y parestesias en región pélvica, sin alteraciones esfinterianas ni otros datos de disfunción autonómica. No refiere traumatismo agudo cervical ni cirugía de columna, y no hay síntomas constitucionales ni clínica sugestiva de infección o enfermedad sistémica. Llamen la atención la progresión subaguda, las alteraciones de la marcha y la afectación sensitiva en varias áreas corporales.

La exploración neurológica muestra leve hipoestesia y discreta disminución de la fuerza en territorio cubital bilateral de predominio distal, sin signos de atrofia, con maniobra de Spurling negativa. En miembros inferiores se objetiva pérdida de propiocepción y dificultad para la marcha en tándem. El equilibrio está alterado, con Romberg positivo y fallo en la prueba talón-rodilla. La sensibilidad está disminuida en región pélvica, sin nivel sensitivo claro. Los reflejos osteotendinosos se encuentran inicialmente abolidos en las cuatro extremidades, sin clonus evidente; en controles posteriores se aprecia reaparición parcial de los reflejos rotulianos y bicipitales. La función autonómica se mantiene conservada, sin cambios en el patrón miccional ni intestinal.

Ante la sospecha de mielopatía cervical se solicita resonancia magnética (RM) de columna cervical, que muestra un canal cervical estrecho con mielomalacia a nivel C3-C4, hernia discal con contacto dural y engrosamiento del ligamento amarillo. Como hallazgo relevante se objetiva una fusión congénita C6-C7, sin signos de inestabilidad segmentaria, compatible con síndrome de Klippel-Feil^{1,2}.

La electromiografía evidencia un patrón de mielopatía de predominio desmielinizante moderada, sin signos de denervación activa y con respuesta motora disminuida en miembros superiores, hallazgos compatibles con mielopatía cervical compresiva. Conjunto a estos datos se establece el diagnóstico de mielopatía cervical compresiva en paciente con síndrome de Klippel-Feil C6-C7 sin inestabilidad, sobre un canal estrecho degenerativo con mielomalacia C3-C4.

Se inicia tratamiento conservador con fisioterapia dirigida a estabilización cervical y reeducación de la marcha, junto con neuromoduladores para el control del dolor neuropático.

Durante el seguimiento mejora parcialmente el dolor cervical, pero persisten la inestabilidad de la marcha y las alteraciones sensitivas, por lo que se valora en consulta especializada de columna la descompresión quirúrgica, de acuerdo con las guías de manejo de la mielopatía cervical degenerativa^{4,5}, manteniéndose seguimiento conjunto por atención primaria y Neurocirugía.

Comentario

El síndrome de Klippel-Feil (SKF) es una anomalía congénita de segmentación de las vértebras cervicales que condiciona la fusión de uno o más niveles y puede manifestarse desde for-

mas asintomáticas hasta cuadros neurológicos complejos^{1,3,7}. Menos de la mitad de los pacientes presentan la tríada clásica (cuello corto, implantación baja del cabello y limitación de la movilidad cervical), lo que contribuye a su infradiagnóstico en la práctica diaria^{2,3}.

En la edad adulta, las vértebras fusionadas y la alteración biomecánica cervical favorecen la sobrecarga de los segmentos adyacentes, acelerando los cambios degenerativos y aumentando el riesgo de estenosis de canal y mielopatía cervical incluso ante microtraumatismos o movimientos habituales⁶.

Desde la perspectiva del médico de familia, este caso permite establecer varios puntos clave de actuación:

1. Sospecha precoz de mielopatía cervical

Aunque el dolor cervical y las parestesias son frecuentes en atención primaria, la presencia de síntomas bilaterales, alteraciones de la marcha, afectación propioceptiva, cambios en los reflejos osteotendinosos o síntomas sensitivos pélvicos debe alertar sobre una posible afectación medular más que sobre un problema radicular o periférico. En estos contextos, una exploración neurológica sistemática (fuerza, tono, reflejos, pruebas cerebelosas, Romberg y marcha) es la herramienta fundamental en la consulta.

2. Papel de la imagen y pruebas complementarias

En el abordaje diagnóstico, la resonancia magnética sigue siendo la técnica de elección para confirmar la mielopatía cervical y valorar de forma precisa el grado de estenosis, la presencia de mielomalacia y los cambios degenerativos asociados⁴. No obstante, la radiografía simple de columna cervical, fácilmente accesible en atención primaria, puede ya sugerir fusiones congénitas u otras alteraciones estructurales y actuar como primera señal de alarma que justifique la solicitud de una RM. La electromiografía, aunque no resulta imprescindible, contribuye a diferenciar la mielopatía de neuropatías periféricas o radiculopatías y a documentar la afectación neurofisiológica, de modo que, ante una sospecha fundada, la actuación prioritaria en atención primaria debe ser la derivación preferente a Neurología o Traumatología/Columna, idealmente acompañada de la petición de resonancia magnética cervical.

3. Manejo conservador frente a quirúrgico

Las guías actuales recomiendan tratamiento quirúrgico en pacientes con mielopatía moderada-grave o enfermedad progresiva para detener la compresión medular y mejorar el pronóstico funcional⁵. En casos leves puede plantearse un manejo conservador con vigilancia estrecha, siempre informando al paciente del riesgo de deterioro.

En atención primaria, además de detectar el cuadro y facilitar la derivación, nuestro papel incluye:

- Acompañar en la toma de decisiones informadas (explicar objetivos y límites del tratamiento conservador y de la cirugía).
- Controlar el dolor y el impacto funcional (analgesia escalonada, neuromoduladores, coordinación con fisioterapia).
- Realizar educación sanitaria para la prevención de caídas y la reducción de factores de riesgo (evitar maniobras brus-

cas, ergonomía, advertir riesgos asociados al síndrome de Klippel-Feil).

4. Relevancia del síndrome de Klippel-Feil en la práctica diaria

Aunque el SKF es raro, su presencia:

- Aumenta el riesgo de lesión medular incluso con traumatismos menores.
- Se asocia a otras anomalías (cardíacas, renales, auditivas, deformidades esqueléticas), lo que aconseja una visión integral del paciente.

En pacientes con dolor cervical recurrente, limitación de movilidad o antecedentes de “cuello corto” u otras anomalías esqueléticas, conviene:

- Preguntar por eventos traumáticos previos aparentemente banales.
- Considerar la realización de radiografía de columna cervical cuando haya sospecha de alteración estructural o signos de alarma.
- Registrar el diagnóstico de SKF (cuando esté confirmado) en la historia clínica, para que el dato no se pierda en futuras consultas o derivaciones y se mantenga un seguimiento dirigido a la prevención de complicaciones neurológicas.

5. Puntos clave para la práctica

- La combinación de dolor cervical, parestesias bilaterales, alteraciones de la marcha y cambios en los reflejos osteo-tendinosos obliga a descartar mielopatía cervical.
- La exploración neurológica completa en la consulta de atención primaria es esencial para identificar signos sutiles de afectación medular.
- La RM es la prueba de elección para confirmar la mielopatía y detectar anomalías asociadas como el síndrome de Klippel-Feil, mientras que la radiografía simple de columna cervical puede sugerir la fusión vertebral y orientar precozmente el seguimiento.
- El síndrome de Klippel-Feil requiere un seguimiento cuidadoso por el riesgo aumentado de lesión medular a lo largo de la vida⁷.

Financiación

No se ha recibido financiación específica para la realización de este trabajo

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso de forma anonimizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menger RP, Rayi A, Notarianni C. Klippel Feil Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
2. Frikha R. Klippel-Feil syndrome: a review of the literature. *Clin Dysmorphol*. 2020;29(1):35-37.
3. Litrenta J, Bi AS, Dryer JW. Klippel-Feil syndrome: pathogenesis, diagnosis, and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2021;29(22):951-60.
4. Bakhsheshian J, Mehta VA, Liu JC. Current diagnosis and management of cervical spondylotic myelopathy. *Global Spine J*. 2017;7(6):572-86.
5. Fehlings MG, Tetreault LA, Riew KD, Middleton JW, Aarabi B, Arnold PM, et al. A clinical practice guideline for the management of patients with degenerative cervical myelopathy: recommendations for patients with mild, moderate, and severe disease and nonmyelopathic patients with evidence of cord compression. *Global Spine J*. 2017;7(3 Suppl):70S-83.
6. Kalsi-Ryan S, Karadimas SK, Fehlings MG. Cervical spondylotic myelopathy: the clinical phenomenon and the current pathobiology of an increasingly prevalent and devastating disorder. *Neuroscientist*. 2013;19(4):409-21.
7. Hernández Juárez R, Austria Franco ER, Flores Mata AG. El síndrome de Klippel-Feil: la fusión silenciosa de la columna cervical. *Acta Med Grupo Angeles*. 2025;23(4):376-7.