



# **Universidad del sureste carrera de medicina humana, campus Comitán, Chiapas.**

## **MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**DOCENTE: SERGIO GIMENEZ RUIZ**

**Control de lectura... Síndrome de Compresión medular**

**Grado: 5to. Grupo: A.**

**Irvin Uriel Solis Pineda**

# Síndrome de Compresión medular.

• Situación clínica producida por la compresión de la médula espinal o cola de caballo dentro del canal raquídeo.

• Complicación neurológica: Mtx cerebrales y encefalopatías tóxico-metabólicas.

Se puede desarrollar de 3 formas:

1) Crecimiento y expansión de una metástasis ósea en el espacio epidural

(85%).

2) Masa paraespinal que crece hacia los agujeros de conjugación acompañado a las raíces nerviosas. (10-15%)

3) Destrucción de la cortical ósea con colapso del cuerpo y desplazamiento que fragmentos óseos hacia el espacio epidural.

• Sin conocer la causa, exige tratamiento quirúrgico rápido.

• Incluso cuando la médula se distorsiona comprimiendo durante años, la función puede restablecerse si se elimina la compresión.

## Síndrome de compresión

• La compresión medular (espinal) produce una lesión medular transversa que afecta en cierta medida, todas las funciones medulares: motora, sensitiva y vegetativa, por debajo del nivel implicado.

• La afectación de las raíces a nivel de la compresión ocasiona dolor e impotencia funcional de distribución radical.

• Manifestaciones: por signos radiculares y medulares de la extremidad superior.

• A nivel sensitivo generalmente es el mismo de la vértebra implicada, siguiendo los dermatomas del esquema corporal. Es muy común que exista un compromiso esfinteriano según el grado de compresión.

• La afectación radicular se manifiesta como dolor en cintura.

• Se presenta como una lesión medular con nivel sensitivo, diferente si es alta o baja.

• parapesia - paraplejia.

Localizado en relación con el segmento afectado.  
Irradiación radicular (+ fre. lesiones lumbosacras)

Empeora con el decúbito y la maniobra de Valsalva. Si empeora con el movimiento, sugiere inestabilidad o sea motor (76%)

Pérdida de fuerza: paraparesia/paraplegia.

"Pesadez de piernas" y dificultad para subir escaleras o levantarse de la silla

Hiperreflexia o hipertonicidad

Lesiones radiculares puede acompañarse de atrofia. El dolor es el primer síntoma.

Precede en horas o meses a los síntomas neurológicos. Retraso en el diagnóstico

de pacientes con dolor de cabeza 2-3

meses antes del que se restablezca el

diagnóstico

La mayoría de los pacientes llegan a

degeneración con algún grado de déficit

motor de la función vesical.

Entre un % de serían pacientes no ambulatorios:

Problema de salud

Causas de que empeore el dolor con el

deambular:

- Distensión del plexo venoso epidural al

deambular

- Variación drástica de cortisol endógeno.

Dado que la mayoría de las compresiones  
lo son desde la región anterior, donde  
se sitúa la vía piramidal y la mota  
neuronas, por lo que es más frecuente  
que tenga síntomas motores que  
sensitivos.

Hipoestesia o parestesias distales en  
miembros inferiores que ascienden hasta  
alcanzar el nivel medular de la lesión.

Anestesia en silla de montar (lesiones  
de cola de caballo).

Disturbio vesical e intestinal (40%).

Retención

Parálisis intestinal

En fases avanzadas incontinencia urinaria  
por rebosamiento y pérdida de tono  
de los esfínteres. Implican grados  
avanzados de lesión medular, excepto  
en lesiones de la cola de caballo que  
pueda ser un síntoma precoz.

- Leve: Capaz de caminar
- Moderada: Capaz de mover las piernas  
pero no contra gravedad.
- Severa: Discreta función motora y sensitiva
- Completa: no función motora ni sensitiva.

## Bibliografía

Jaqueline Hernández Ochoa 1, Z. F. (2015). Síndrome de compresión medular en el paciente con patologías oncológicas. *Scielo*.

Reyes Pérez MC, Grau Abalo JA, Chacón Roger M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.