



Nombre del alumno : Carlos Alexis Espinosa Utrilla

Nombre del docente : Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Nombre del trabajo: Síndrome de compresión medular

Nombre de la materia: Medicina física y de rehabilitación

Grado : 5

Grupo : A

Comitán de Domínguez. Chiapas 09/10/21

## Síndrome de compresión medular

El síndrome de compresión medular es una urgencia oncológica y neurológica de mal pronóstico, este se produce por la indentación, desplazamiento o atrapamiento de la médula espinal o de las raíces nerviosas que forman la cola por una enfermedad neoplásica.

**Fisiopatología:** se produce compromiso de espacio en el canal medular → compresión del plexo venoso epidural → alteración de la vascularización → hemorragia y edema de la médula.

**Clinica**  
Un 20% de los CM son la primera manifestación de un tumor, complicación de un tumor conocido: intervalo de la afectación vertebral, CM: progresiva lenta: varios meses de dolor antes de los signos neurológicos (mama, linfoma), rápida: horas, días. (pulmon, mieloma, cáncer renal) el dolor es el síntoma más frecuente, sube todo en lesiones extradurales, lo presenta un 90% de pacientes, aparece en 2 a 3 meses antes de las alteraciones neurológicas (según agresividad del tumor), localizado (20-80%) aumenta por la noche y primeras horas de la mañana, aumento con el reposo en cama

Factores de riesgo de CM: incapacidad para caminar, hiperreflexia en exploración neurológica, aplastamientos vertebrales en la IX. Diagnóstico: RMN, prueba diagnóstica de elección, sensibilidad 93%, especificidad 97%, identifica CM en 35% de pacientes con síntomas neurológicos, localiza bien la lesión y permite ver toda la columna, importante para Eto, RMN con gadolinio (lesiones más pequeñas afectación leptomeningea e intramedulares). Tratamiento: objetivos recuperar y preservar la función neurológica, control local del tumor, estabilización de la columna, control del dolor, valorar situación neurológica del paciente, radiosensibilidad del tumor, estabilidad mecánica: dolor con el movimiento, extensión de la enfermedad y situación clínica del paciente. Tratamiento: corticoides deben ponerse en cuanto sospechemos CM en espera del diagnóstico. Dexametasona es el más utilizado en ensayos clínicos, mejoran el compromiso neurológico por disminuir el edema vasogénico.

y el dolor en un 65% de pacientes.  
Posis para la mayoría de los pacientes  
con dolor y disfunción neurológica  
mínimo 10 mg/día y luego 8 mg/día  
Cada 8-12 horas. (algunos autores  
si hay signos de CM que progresen  
rápidamente, intenso dolor > 100 mg/día  
ms/día). puede no ser necesario en  
pacientes sin alteraciones motoras  
en EtO con AT, bajo observación  
neurológica. Clínica: la compresión medular  
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 la raíz a  
nivel de la compresión ocasiona dolor  
e impotencia funcional de distribución  
radicular. Se manifiesta por signos  
radiculares y medulares de la extremidad  
superior, el nivel sensitivo generalmente  
es el mismo de la vértebra implicada  
siguiendo los dermatomas del esquema  
corporal, suele haber compromiso  
esfinteriano según el grado de  
compresión. Compresión dorsal  
Se presenta como una lesión

medular con nivel sensitivo diferente  
si es alta o baja la afectación  
radicular se manifiesta como  
dolor en cinturón, paraparesia -  
paraplejía, Compresión lumbar,  
son predominantemente radiculares,  
que ya que la médula termina a  
nivel L2, hay paraparesia flácida  
& abolición de reflejos, hipostenia  
radicular, Diagnóstico Rx de columna  
ap, lat, oblicuas, visualización. Cuerpos  
vertebrales, discos, agujeros de  
conexión, medir distancia intervertebral  
Causas de Compresión medular  
tumores primarios, secundarios,  
infecciosas & extradurales como,  
Staph, TRC mal de pott, brucelosis,  
intradurales: de moides, infectada,  
tuberculosis, estenosis cóccica, hernia  
discal, quistes aracnoideas,  
Siringomielina, deformidades reumi-  
medular, mieloma múltiple,  
parasitosis. Etimología el núcleo  
pulposo del disco intervertebral  
se deshidrata, y el anillo fibroso  
soporta una mayor tensión que  
puede comprimir la médula espinal.

# Fuentes

Barriga Tantaleán, L., Echegaray, A., Zaharia, M., Pinillos, L., Moscol, A., Barriga, O., & Heredia, A. (1994). Síndrome de compresión medular. *Acta cancerol*, 16-20.

de Lucas, R. H., LUIS, Á. M., Miranda, B. R., & DE LHOTELLERIE, M. J. V. (2010). Síndrome de compresión medular en urgencias: utilización de un algoritmo diagnóstico-terapéutico. *Emergencias*, 22, 120-124.