



ALUMNA: Alina Anahíd Utrilla Moreno

CATEDRÁTICO: Sergio Jiménez Ruiz

TRABAJO: Síndrome de compresión medular

MATERIA: medicina física y de rehabilitación

PASIÓN POR EDUCAR

SEMESTRE: 5

GRUPO: A

Síndrome de compresión medular

traumático, tumorales, compresiones intra y extrarraqúideas.

Compresión de la médula espinal. Los síntomas iniciales de dolor focal en el cuello o espalda pueden evolucionar de días a semanas; a ello le siguen combinaciones de parálisis, pérdida sensorial, debilidad motora y alteraciones del esfínter que evolucionan durante horas o días. Las lesiones parciales pueden involucrar de forma selectiva uno o más haces y pueden limitarse a un lado de la médula.

En casos severos o abruptos, puede haber areflexia que muestre el bloqueo espinal, pero la hiperreflexia se produce de días a semanas. Con las lesiones foráneas, puede haber un nivel sensorial de dolor en el tronco, lo que indica la localización en la médula a ese nivel dermatómico.

En pacientes con síntomas de la médula espinal, la urina

profundidad es excluir la compresión
fracturable por una masa. Es más
probable que la compresión esté
precedida por signos de advertencia
de dolor de cuello o espalda,
trastornos de la vejiga y síntomas
sensoriales antes del desarrollo de
debilidad; las etiologías no
compresivas (como el infarto
y la hemorragia) tienen más
probabilidades de producir mielopatía
sin síntomas previos. La
resonancia magnética en gadolinio,
centrada en el nivel clínicamente
sospechoso, es el procedimiento de
diagnóstico inicial.

La mielografía por CT puede
llegar a ser útil en los
pacientes con contraindicaciones
para la MRI. Es importante
obtener imágenes de toda la
columna vertebral para buscar
lesiones subtenocosas adicionales.
Las etiologías infecciosas, a diferencia
del tumor, a menudo cruzan el
espacio discal para involucrar niveles
vertebrales adyacentes.

Es fidedigno del nervio, la función motora se evalúa en todas las extremidades. Las pruebas sensitivas deben incluir el tacto superficial.

Compresión neoplásica de la médula espinal: ocurre en 5-10% de los pacientes con cáncer; el tumor epidural puede ser la manifestación única de malignidad. La mayoría de las neoplasias son de origen epidural y resultan de metástasis a los huesos óseos adyacentes. Casi cualquier tumor maligno puede hacer metástasis a la columna vertebral, siendo en particular frecuente la diseminación pulmonar, gástrica, prostática, renal, linfoma, y de células plasmáticas. La médula espinal es a menudo la mayormente involucrada; las excepciones incluyen tumores de próstata y ovario, que implican preferentemente los segmentos lumbosacro y sacro, extendidos a través

de las venas en el espacio
epidural anterior. La resonancia
magnética urgente ^{se está}
indicada cuando se sospecha
en el diagnóstico; se
encuentra que hasta 40% de
los pacientes con compresión
medular neoplásica, en cierta
nivel tiene enfermedad epidural
asintomática en otros lugares,
por tanto, la obtención de
imágenes de toda la longitud
de la columna vertebral es
muy importante para así
poder definir el alcance de
la enfermedad.

Las radiografías simples perderán
de 15 - 20% de las lesiones
vertebrales metastásicas.

El tratamiento: Los glucocorticoides para reducir el edema (dexametasona 4mg ^{IV} q 12h) se puede administrar antes del estudio de imagen y continuar con una dosis más baja después.

REFERENCIAS:

- ♥ Ku mar Abbas Aster. (2019). *Robbins. Patología Humana* 10edición. Barcelona, España: Elsevier.
- ♥ Larry, J. (2019). *Harrison: Principios de medicina interna. Vol. 1, 2* (20.^a ed.). McGraw-Hill.



Ali Utrilla