

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de medicina

Materia:

Medicina física y de rehabilitación

Trabajo:

Control de lectura 2.6

Catedrático:

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas
15 de octubre de 2021

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 medula espinal o de las raíces nerviosas que forman la cola de caballo por una enfermedad neoplásica o no etiológica.

En este síndrome se presenta de manera similar en ambos sexos y cualquier enfermedad neoplásica diseminada puede llegar a provocarlo. No obstante, los tumores que la producen con mayor frecuencia son: pulmón, próstata, mama en la mujer. Es un poco raro en los linfomas, carcinoma renal, melanoma y tumores gastrointestinales. Un tercio de los casos que presentan este síndrome son la primera manifestación del tumor, especialmente en el cáncer de pulmón.

Existe una gran correlación entre los tumores que metastatizan con mayor frecuencia o nivel vertebral y el desarrollo de este síndrome, la vía de diseminación tumoral puede ser hematogénica y por contigüidad, la mayor parte de las veces la invasión del canal medular se produce desde el cuerpo vertebral; bien el crecimiento rompe la cortical desplazando el saco dural hacia atrás, o bien se produce una fractura del muro posterior.

También se puede producir una invasión por masas de partes blandas que invaden el canal a través de los agujeros de conjunción o aunque es más raro por metastasis que crecen en el arco posterior. Más raramente la compresión es debida a metastasis intramedulares que tienden o asociarse a metastasis cerebral, la compresión tumoral provoca estasis venosa, lo que condiciona hipoxia, como consecuencia aparece edema, lo cual genera más compresión, reducción del flujo capilar y finalmente isquemia. Esta isquemia del tejido nervioso origina degeneración neural. Además en este padecimiento se conoce el papel de varios mediadores bioquímicos, fundamentalmente el factor de crecimiento vascular y la prostaglandina, así como otras citoquinas y neurotransmisores.

Los síntomas y signos que indican una compresión de la médula espinal pueden ser debidos a varias causas no compresivas, como síndromes paraneoplásicos, miopatía o neuropatía carcinomatosa, mielopatía por radiación, herpes zóster, mielopatía subaguda, dolor secundario a metastasis en huesos largos o de la pelvis, oclusión de las malignas como las hernias de disco, las fracturas vertebrales osteoporóticas o los

abscesos intraespinales, también pueden provocar compresión medular en pacientes con cáncer. La porción de la médula espinal más frecuentemente afectada es la torácica, seguida de la lumbar, cervical y sacra. Esta frecuencia está relacionada claramente con el volumen óseo que representa cada porción de columna es importante recordar que en algunas series hasta la mitad de los pacientes presentan compresión a más de un nivel lo que puede condicionar la clínica y el tratamiento.

La baja incidencia de síndrome de compresión medular encontrada en la región cervical se explica por dos motivos: en primer lugar, el menor volumen óseo total que presenta la columna cervical en comparación con las otras porciones, lo cual disminuiría las probabilidades de afección metastásica por vía hematológica y, en segundo lugar, la mayor amplitud del canal medular en esta región, lo que permitiría el retraso en la aparición de síntomas al tener la mayor espacio libre para su crecimiento antes de afectar el crecimiento.

Neurinomas y Neurofibromas.

Son las más frecuentes: 30% de los tumores intracraneales. 70% intracrales - extra medulares.

15% extramedulares puros, 14% intra y extramedulares a la vez y 1% intramedulares puros.

Se originan en las raíces sensitivas. Se desarrollan a partir de las células de Schwann, por ello también se denominan Schwannomas o Neurofibromas.

Son más frecuentes en la región torácica seguida de la región cervical y lumbar. 30-50 años, discreto predominio en la mujer. Histológicamente los neurinomas y neurofibromas son idénticos, la diferencia radica en su disposición respecto al nervio.

- El neurinoma crece adosado a la raíz del nervio hacia el exterior.
- El neurofibroma crece en el seno de la raíz del nervio.
- Muy frecuentes en el seno de la fibromatosis, donde suelen aparecer múltiples neurofibromas cutáneos.
- Van produciendo una compresión medular lenta. Dolor irradiado por el territorio de la raíz donde se origina el tumor. Déficit sensitivo

Los meningiomas se originan de células aracnoideas, aunque se venan heridos a la duramadre. Son extramedulares; 25% de los tumores intracraneales, mayor a 50 años, 80% en las mujeres y 2/3 de la región torácica.

Referencia:

- Kasper., D. (2019). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (19.a ed., Vol. 2) [Libro electrónico]. La Leo.