



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Patología raquimedular congénita

Docente:

SERGIO JIMENEZ RUIZ

Alumno: Alfredo Morales Julián

5-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 15/10/2021.

Síndrome de Compresión medular

Antes de hablar del síndrome se tiene que mencionar la médula.

En la médula hay tres vías que la recorren, aparte de la sustancia gris en astas anteriores motoras y posteriores sensitivas

- 1- Primera Vía = haz espino-talámico (lateral y anterior) situadas en la parte anterior del cordón lateral. Se va constituyendo de prolongaciones provenientes de las neuronas del asta posterior del lado contrario. Lleva la sensibilidad táctil protopática y del dolor y temperatura.
- 2- Haz piramidal (cruzado) = situado en la parte posterior del cordón lateral, constituido por las prolongaciones en las neuronas piramidales corticales contralaterales. Es una vía no cruzada a lo largo de toda la médula.
- 3- Cordones posteriores = Formado por los haces de Goll y Burdach que llevan la sensibilidad táctil epicrítica y la sensibilidad propioceptiva.

Estos tienen dos implicaciones clínicas importantes =

- A. Si seccionamos o comprimimos una de las mitades de la médula (hemisección medular) puede provocar =
Afectación de fuerza en las extremidades ipsilaterales por debajo de la lesión, Alteración de la sensibilidad, etc.
- B. Debido a la somatotopía que hemos visto en las grandes vías si la lesión compresiva afecta a la médula desde fuera o interna provocará diferentes alteraciones

Oppenheim en 1935 distingue tres estadios en el proceso de compresión medular =

- 1- Compresión precoz, con dolor radicular
- 2- Compresión alentada con síndromes de Brown-Séquard
- 3- Compresión completa con lesión transversal medular
se dividen en =
 - Síndrome transverso incompleto
 - Síndrome transverso completo

El resultado final conduce a la misma situación que la sección medular, que veremos en el Tema XIV.

Lo que lo diferencia entre los síntomas de compresión y sección medular estriada es que el primero es de instalación lenta o crónica y el segundo es de instalación rápida o aguda

Fisiopatología

Cualquier lesión ocupante que este en el espacio que se desarrolle en el área del canal espinal puede afectar a la médula. Para ello influyen una serie de condicionantes =

- A- Origen de la lesión = médula, raíces, meninges, vasos, huesos
- B- Caracter de la lesión: médula, raíces, meninges, tumoral (benigna o maligna), infecciosa, vascular
- C- Capacidades de adaptación del conjunto raquídeo
- D- Afectación vascular, que puede complicarse y evolucionar al sobreenfartarse un proceso isquémico

Estadio I - Fase Radicular

Existe una fase inicial de irritación de las vías sensitivas medulares (Raquideas o intramedulares) y se manifiesta por =

Dolor = Tipo Radicular o por afectación del haz espinal.

Hipoestesia = Al mismo nivel del dolor

Lesión ósea = En Radiografías Convencionales = Aumento del canal vertebral, del agujero de conjugación, erosión de cuerpos vertebrales

Estadio II - Síndrome transversal incompleto y

Reversible = La lesión medular se inicia y avanza por efecto de la compresión y de los cambios circulatorios

Características similares al síndrome de hemisección medular de Brown-Séquard (aunque con un desarrollo lentamente progresivo y no tan recortado). Va a consistir =

- Afectaciones de fuerza en las extremidades ipsilaterales
- Alteración de la sensibilidad contralateral, por debajo de la lesión
- Alteración de la sensibilidad epicrítica y profunda en el mismo lado de la lesión

Estadio III - Interrupción irreversible de la conducción a nivel medular o Cola de Caballo

Las formas pueden ser =

- Incompleta = Igual que el estadio II pero más estable
- Completa = Como la sección medular

Clinica = Anestesia por debajo de la lesión, parálisis espástica o flácida, afectación de esfínteres y alteraciones crónicas

Tumores primarios intramedulares
Constituyen un 15% de los tumores raquímedulares

Epidermis = Derivan del epitelio ependimario. Se distinguen 4 grados, según su adhesividad histológica = papilar, celular, epitelial, mixta.

Aparece entre la segunda y sexta década de la vida con ligero predominio en varones y da lugar a masas intramedulares bien delimitadas

Astrocitoma = Son los tumores intramedulares. Suelen ser de bajo grado de malignidad y generalmente de tejido pilocítico. Predominan en la tercera década de la vida y más común en varones.

Tienen localización preferente a nivel torácico pero no es de extrañarse encontrar en otras regiones del cuerpo en la médula

Tumores secundarios

Son excepciones, por metastasis, infiltrados leucémicos, etc.

Lesiones expansivas extradurales

Son las que ocasionan con mayor frecuencia el síndrome de compresión medular y, de hecho, suponen el 60% de total de los tumores raquímedulares. Hay que clasificarlos en =

Lesiones tumorales:

- Metástasis:

Son las neoplasias más frecuentes de este grupo 70%. Predomina ligeramente en varones y la edad oscila entre 50-70 años. Las vías de metastatización pueden ser hematogena o por contigüedad.

- Tumores óseos primitivos

Menos frecuentes son los tumores primitivos óseos, benignos como el osteoma osteoide, osteoblastoma

El diagnóstico de las lesiones tumorales es a veces más fácil solamente con la Rx de columna

Referencia:

JAMESON, L. A. R. R. Y. (2018). *Harrison: Principios de medicina interna* (1.^a ed., Vol. 2). McGraw-Hill Education.

<https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema11-compresion-medular/>