



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

**Materia: Medicina física y de rehabilitación**

**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

**Síndrome de compresión medular, traumático,  
tumoraes, compresiones intra y extra raquídeas.**

**Alumna:**

**Guadalupe Elizabeth González González**

**Semestre y grupo**

**5 “B”**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 15/10/2021.**

## Síndrome de Compresión medular, traumático, tumoral, Compresiones intra y extramedulares

La compresión medular es una urgencia oncológica y neurológica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son los factores clave para evitar el daño neurológico severo e irreversible. La parálisis, la pérdida de la sensibilidad y la alteración del control de los esfínteres, son la consecuencia final del proceso, y supone una fuente de morbilidad importante del paciente oncológico, además de estar relacionado con un menor tiempo de supervivencia. La invasión del cuerpo vertebral por diseminación hematogena, es la causa más frecuente de la compresión medular. En ocasiones llega a crear inestabilidad mecánica vertebral que supone una verdadera urgencia ortopédica. El dolor es el síntoma más precoz y frecuente. Los signos y síntomas van apareciendo a medida que el proceso avanza, pasando por la debilidad motora, alteración en la sensibilidad hasta llegar a la parálisis e incontinencia de esfínteres, como consecuencia del daño neurológico completo. La historia clínica y exploración física deben hacer sospechar el nivel donde se puede estar desarrollando la compresión medular, y la exploración complementaria más importante es la RM de la columna completa, que debe ser solicitada de inmediato para decidir e iniciar el tratamiento. El tratamiento es individualizado y debe de instaurarse con precocidad. En general, los

Corticoides en combinación con el tratamiento oncológico radioterápico y/o la cirugía son las armas terapéuticas a utilizar, la compresión medular maligna es una fuente de morbilidad muy importante en el paciente oncológico, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es el arma más importante para garantizar la efectividad terapéutica, la rehabilitación juega un papel esencial como tratamiento de mantenimiento. La parálisis y la disfunción de los esfínteres, son los estudios clínicos finales de esta urgencia oncológica que están directamente relacionados con un menor tiempo de supervivencia. Aparece en el 5% de los pacientes con cáncer, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, próstata y mama. La compresión medular maligna ocurre por invasión directa del tumor primario o por sus metástasis. El riesgo de daño medular aumenta a un 20% si existe lesiones metastásicas en la columna vertebral y entre un 7-16% de los casos ocurre por segunda vez. En la mayoría de los casos las metástasis del cuerpo vertebral son por vía hematogena debido a la expresión de genes de determinados clones tumorales con especial tropismo por la médula ósea vertebral. Suelen crecer en las zonas bien vascularizadas de la vértebra, que es la parte posterior del cuerpo vertebral, por lo que lo primero que se afecta es la parte anterior de la médula espinal. La

invasión por el tumor, altera la relación entre el plexo venoso epidural-cuerpo vertebral-conal medular, provocando un estasis venoso y edema medular que lleva a una disminución del flujo capilar y a la liberación de P.G-E, citoquinas, neurotransmisores excitadores y mediadores inflamatorios que son los responsables de los cambios asociados a la hipoxia, isquemia y daño tisular neurológico. La velocidad de instauración de la sintomatología indica la severidad del daño, y la probabilidad de revertir un cuadro clínico de paresia está inversamente relacionado con el mantenimiento del mismo: así, es de 9 horas, la siguiente es muy reversible; si es de 24-48 hrs, la situación es reversible y si son 7 días, la situación es casi irreversible.

**O SÍNDROME DE APLASTAMIENTO:** Es una lesión por reperusión que aparece tras la liberación de un miembro atrapado, con período isquémico de 4-6 horas. La hipoxia, isquemia implícita, una isquemia y metabolismo anaerobio que conlleva la siguiente acumulación de ácido láctico y muerte muscular (rabdomiólisis) con liberación de productos químicos tóxicos (mioglobina, potasio y fósforo). El cuadro evoluciona a un shock hipovolémico debido a la creación de un tercer espacio a nivel muscular con atrapamiento de agua y heces una insuficiencia renal aguda por nerosis tubular. El tratamiento debe ser lo más precoz posible y

realizarse de una manera activa y agresiva. Se distinguen dos momentos en el tratamiento:  
1) Antes de la liberación de la víctima, 2) Después de la liberación de la víctima. Finalmente el tratamiento local de la extremidad lesionada.

0 El Síndrome de Compresión medular por cáncer es un conjunto de manifestaciones de tipo neurológico ocasionadas por metástasis de tumor primario a la médula espinal. La primera descripción de esta entidad fue realizada en 1925 por Spiller en un paciente con un parálisis epidural progresiva. Las lesiones metastásicas en la médula espinal generan compresión extradural en el 97% de los casos, es decir la compresión medular epidural (CME) es la más común en pacientes con enfermedades sistémicas. Lesiones intradurales, intramedulares o leptomeningeas son menos frecuentes (0.3%).

Los cánceres más asociados a CME son los de pulmón y mama, seguidos por linfoma, cáncer de próstata, mieloma y sarcoma. ETIOLOGIA: En algunas series, los cánceres de próstata, de pulmón y de mama representan cada uno hasta 15% a 20% de casos de CME, en tanto que a linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple y cáncer renal corresponden también al 5% a 10% de los casos. El cáncer colorrectal, sarcoma y tumor de origen desconocido también son la causa de CME. En el caso de los niños los etiologías más frecuentes son neuroblastoma, sarcoma de Ewing, tumor de Wilms, sarcoma de tejidos blandos y de hueso.

## Bibliografía

- ❖ P. Romero, A. Manterola, E. Martínez, E. Villafranca, M.A. Domínguez, F. Arias, P. A. E. E. M. A. (s. f.). *Compresión medular*. SCIELO. Recuperado 15 de octubre de 2021, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272004000600015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600015)
  
- ❖ *SÍNDROME DE APLASTAMIENTO*. (s. f.). Procedimientos Asistenciales, SVA: Urgencias traumatológicas: Síndrome de aplastamiento. Recuperado 15 de octubre de 2021, de [https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/304\\_07.htm](https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/304_07.htm)
  
- ❖ María Yicel Bautista-Hernández, Efraín A. Medina-Villaseñorb. (2011, 7 julio). *Síndrome de compresión medular por cáncer*. Gaceta Mexicana de Oncología ELSEVIER. Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-sindrome-compresion-medular-por-cancer-X1665920111894309>