

UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

Medicina física y de rehabilitación

CATEDRÁTICO:

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

PRESENTA:

Éstefany Berenice García Ángeles

TRABAJO:

INVESTIGACION

GRADO Y GRUPO:

5 ° B

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 14 DE OCTUBRE DEL 2021

Síndrome de compresión medular

Los tumores raquímedulares, sean malignos o benignos el cual provoca un caso clínico típico que es sd de compresión medular, que se trata de una afección medular aguda o progresiva, como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo.

El dolor: se puede presentar el dolor de espalda, los tumores que más duelen son los metastasis y los propiamente intramedulares, pues aunque el SNC por tracción puede irritar la aracnoïdes y producir dolor. Signos motores: Apareceran por debajo de la lesión o a su altura, va a depender si el cuadro es agudo o no, aparecera perdida de fuerza: flaccida e hiporreflexica en cuadro agudos o espasticas e hiperreflexica en cuadros progresivos. Alteración sensorial: si afecta a cordones posteriores habra hipoespastica posicional, vibratorio y tactil discriminativa y si afecta a las vias espinolamicas habra hipoestesia termica y dolorosa. En las progresivas, el deficit sensitivos se inicio en las zonas más distales de las piernas, los tumores intramedular causan hipoestesia termica y dolorosa. Suspensión, Alteración estinter: si la compresión es brusca, si es progresiva

De la epidemiología presenta solo el 10% de las causas de muerte por cáncer y actualmente tiene una presentación de 25/100000 por año.

Entre la fisiopatología de compresión de la médula tiene dos fases: una donde se producen la compresión de la columna espinal y dos por infiltración en el cuerpo vertebral.

En la primera se presenta diseminación metastásica a través de las valvulas del plexo venoso de baston y la embolización arterial directa de células clonogénicas en la médula ósea de la columna como principal mecanismo. Finalmente la infiltración en el cuerpo vertebral tiene crecimiento que se extiende anteriormente al disco total y comprime la médula espinal. La destrucción del hueso cortical por el tumor contribuye a la compresión por colapso del cuerpo vertebral y también por fragmentos óseos que entran al espacio epidural. El crecimiento tumoral desde la región paroespinal a través del foramen vertebral es poco común como causa de CME, los linfomas son ejemplo de esta vía para la compresión, la consecuencia de los eventos previos es la obstrucción del plexo venoso epidural que lleva a déficit neurológico.

La consecuencia es una hipertensión venosa y edema de la materia blanca, seguidos de disminución del flujo sanguíneo de la medula espinal, por lo que la isquemia sobreviene por el cese del flujo de las arteriolas en la materia y por infarto en la medula espinal. Se ha identificado también que hay vasculización de la materia blanca y edema de la medula espinal.

El mecanismo inicial de lesión es el edema vasogénico de la materia blanca en el que intervienen citoquinas, mediadores inflamatorios y neurotransmisores. Uno de los más representativos es el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) que está asociado con la hipoxia de la medula.

La sintomatología más frecuente es el dolor en el 83% a 95% de los casos con una duración media de ocho semanas, puede ser local por expansión o radicular por compresión de raíces nerviosas. El dolor empeora por distensión del plexo venoso epidural, en metástasis intradurales o intramedulares el dolor es menos frecuente. Se reporta déficit motor en el 60% a 85% y en dos tercios de los pacientes se diagnostica estando ya hospitalizado; CME por arriba del cono medular produce debilidad de neurona motora superior y es asimétrica.

El déficit sensorial es menos común y se presenta en 40% a 90% los niveles sensoriales afectados son uno a cinco segmentos por debajo del nivel de compresión.

Los diagnósticos son los estudios de imagen como los rayo x que pueden demostrar alteración hasta en el 80% de los casos con metástasis espinales sintomáticas, la tomografía es un método que identifica compresión espinal y lesiones paraespinales, la desventaja es que no contrasta bien tejidos blandos y la resonancia magnética es el método de elección en compresión con una sensibilidad de 97%, una especificidad de 97% y una agudeza diagnóstica 95%. El estudio muestra el nivel de la compresión, tiene alta resolución en tejidos blandos y además identificarse con resonancia magnética, enfermedad epidural de tejido blandos y colapso vertebral, también la tomografía por emisión de positrones es un estudio que mide la captación de ^{18}F fluorodesoxiglucosa y puede identificar lesiones metastásicas captantes, pero tiene escasa resolución anatómica comparada con la RM.