

**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Materia:**  
**Medicina Física y De Rehabilitación**

**Trabajo:**  
**Control de lectura “*Síndrome de compresión medular*”**

**Docente:**  
**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

**Alumno:**  
**Polet Viridiana Cruz Aguilar**

**Grupo: 5 B**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a; octubre del 2021**

# SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR

Es una complicación grave que ocurre en el 5-10% de los pacientes con cáncer. Su incidencia varía con el tipo de tumor; los cánceres de próstata, mama y pulmón representan 45-60% de todos los SCM, los mielomas múltiples y linfomas el 5-10% de los SCM y con menor frecuencia aparece también en otros tumores de origen desconocido: mieloma múltiple, linfoma o cáncer de pulmón. El SCM (Síndrome de compresión medular) representa una urgencia médica y es el paradigma de las urgencias oncológicas. El retraso del diagnóstico y tratamiento puede conllevar la aparición de parálisis, alteraciones de la sensibilidad y la pérdida del control de los esfínteres en un porcentaje muy alto de pacientes.

Se presenta un caso clínico y se revisa el concepto de SCM secundario a la afectación metastásica de la columna vertebral, su fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento y se propone un algoritmo de actuación en urgencias ante la sospecha de SCM.

La enfermedad/síndrome de compresión medular es una urgencia médica que requiere un correcto diagnóstico y tratamiento en el menor plazo de tiempo posible. Las guías terapéuticas recomiendan iniciar en las primeras 24-36 horas de diagnóstico. En más de 2 tercios de los pacientes, el SCM establecido sin tratamiento evoluciona hacia la paraplejia en 7-10 días. La supervivencia media varía entre 3-6 meses, y los dos factores más relacionados con ella son la etiología del tumor primitivo y el grado de afectación neurológica presente al inicio del tratamiento. El SCM secundario a un cáncer de mama se asocia con las mejores tasas de supervivencia y el asociado a

El cáncer de pulmón presenta el peor pronóstico. La causa más frecuente es la existencia de una o más metástasis de localización epidural que comprimen el saco tecal y su contenido, aun que el 70-75% de los SMT son debidos a la presencia de una formación paravertebral que se extiende a través de orificios de conjugación sin necesariamente existir afectación ósea, como en el caso de los linfomas, neuroblastomas o sarcomas infantiles o en tumores de Pancoats del pulmón.

El SMT originado por la presencia de la metástasis intramedulares, intradurales o leptomeningeas es menos frecuente y representa en 3% del total. El SMT afecta a la columna dorsal entre el 60 y 80% de las veces, debido tanto a la cifosis fisiológica que favorece la compresión como a que la médula espinal a este nivel ocupa casi por completo el canal espinal. En el 75-80% de las ocasiones orienta sobre la columna lumbar y menos del 10% de las veces afecta de manera exclusiva en la columna cervical. El cuadro clínico del SMT es fácil reconocible. El dolor localizado en la espalda precede habitualmente a la aparición de síntomas motores o sensitivos y a la alteración en el control de los esfínteres. Es constante y de intensidad progresiva, esta presente en prácticamente todos los pacientes y más del 80% de ellos afirmará haber aparecido dolor persistente en las 6-8 semanas previas del diagnóstico que aumentaba tras el decúbito prolongado o con maniobras de Valsalva. Las alteraciones motoras son el segundo signo sintoma en frecuencia. Entre 60-85% presentan algún grado de pérdida



de fuerza y pueden ir desde un mínimo grado de paresia a la parálisis completa, dos tercios de los pacientes han perdido la capacidad deambulatoria de diagnóstico.

La sintomatología motora es más frecuente cuando afecta la columna torácica.

Las alteraciones sensitivas, en forma de parestesias, hipoestésias, hiper o hiporreflexia, clonus o la existencia de un reflejo cutáneo-plantar flexor (signo positivo de Babinski) son menos frecuentes que la presencia de trastornos motores, si bien se detectan, en mayor o en menor grado, en el 90-90% de los pacientes de diagnóstico. El nivel sensitivo clínicamente manifestado se encuentra generalmente 1-2 segmentos por debajo del nivel anatómico de la compresión medular debido a la diseminación de las alteraciones esfíntericas aparecen de una manera más tardía en el SCM y se corresponden en su intensidad con el grado de afectación sensitivo-motora presente. No obstante y dado el diagnóstico tardío de la mayoría de SCM, cerca del 50% de los pacientes son portadores de una sonda urinaria cuando este se establece.

La sospecha clínica de SCM debe ser confirmada mediante estudios de imagen. La RM con una sensibilidad, especificidad y seguridad diagnóstica del 93%, 97% y 95% respectivamente y una seguridad diagnóstica del 95% en el SCM, es la prueba diagnóstica de imagen de elección. Además, permite el diferenciar entre causas benignas y tumorales con una sensibilidad del 98% y una especificidad del 100% que confieren una seguridad diagnóstica del 98%. Debe ser obligada y urgente realización en todas aquellas pacientes con sintomatología



gía en los que por los antecedentes oncológicos o por la historia actual se sospeche un origen tumoral del SCM.

La tomografía computarizada (TC) es también sensible para evaluar la afectación ósea, facilita la realización de punción diagnósticas de la metástasis y es de gran utilidad para la planificación de los procedimientos quirúrgicos.

La radiología simple convencional obtiene un 70-75% de fallos negativos, mientras que la mielografía está cada vez más en desuso por los riesgos de iatrogenia asociados. Otros métodos de imagen como la gammagrafía ósea o la tomografía por emisión de positrones han demostrado un rendimiento menor que la RM en el diagnóstico del SCM.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento vendrá determinado por el estado del paciente, la evolución clínica del cuadro o la presencia de comorbilidades, pero, fundamentalmente por la necesidad de obtener afirmación histológica de la lesión. Sus objetivos son el alivio del dolor, la conservación o recuperación de la función neurológica y el mantenimiento de la columna vertebral (vertebral). Los pacientes con el diagnóstico clínico y radiológico de SCM de origen tumoral deben de iniciar de manera urgente e inmediatamente a su diagnóstico clínico; tratamiento con corticosteroides y una vez obtenida la confirmación radiológica, deben ser remitidos de esa manera urgente a un servicio de oncología radioterápica para así su evaluación y valoración. El empleo de corticosteroides tiene una evidencia clínica tipo 1.

## BIBLIOGRAFÍA

Hernández De Lucas, R. (2010). Síndrome de compresión medular en urgencias: utilización de un algoritmo diagnóstico-terapéutico. *Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España, 15*, 120–124.

[https://www.researchgate.net/profile/Raul-De-Lucas/publication/45724262\\_Sindrome\\_de\\_compresion\\_medular\\_en\\_urgencias\\_utilizacion\\_de\\_un\\_algoritmo\\_diagnostico-terapeutico/links/00b49518bbd6b39d8f000000/Sindrome-de-compresion-medular-en-urgencias-utilizacion-de-un-algoritmo-diagnostico-terapeutico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Raul-De-Lucas/publication/45724262_Sindrome_de_compresion_medular_en_urgencias_utilizacion_de_un_algoritmo_diagnostico-terapeutico/links/00b49518bbd6b39d8f000000/Sindrome-de-compresion-medular-en-urgencias-utilizacion-de-un-algoritmo-diagnostico-terapeutico.pdf)