



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:
Medicina Física y rehabilitación

DR. Sergio Jiménez Ruiz

Presenta:
Fátima Andrea López Álvarez
5* B

Lugar y fecha
Comitán de Domínguez Chiapas a 14/10/21

► SINDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR.

► La columna vertebral es la localización más frecuente de la afectación ósea metastásica y la compresión medular, su complicación más grave. Se utiliza el término "compresión medular" para referirnos a la compresión del saco dural y su contenido (medula espinal, cono medular y cola de caballo), ya sea por compresión extradural o intradural.

Se presenta en un 5-14% de los pacientes oncológicos, los tumores metastásicos son la principal causa de CM, seguidos de los tumores primarios. Los orígenes tumorales más frecuentes son de mama, pulmón, próstata, mielomas múltiples y melanomas.

La afectación más frecuente es la extradural seguida a distancia de la intradural extradural y por último, la intradural ~~intramedular~~.

La CM es una urgencia oncológica de primera magnitud y la segunda complicación neurológica en los procesos oncológicos, tras metástasis cerebrales. Debido a la repercusión que puede ocasionar en la funcionalidad, en la calidad de vida y en la supervivencia del paciente oncológico, su diagnóstico y tratamiento deben ser precoces.

Aunque muchos pacientes pueden presentar baja supervivencia, al menos un tercio puede sobrevivir más de un año, de ahí la necesidad de en determinados casos, proceder a una terapia multimodal lo más agresiva posible.

La medula espinal discurre hasta la vertebra L1 - L2 por el canal medular de la columna vertebral, finaliza en el cono medular que continúa en la cola de caballo. Puede existir una compresión tanto medular como de las

raíces nerviosas emergentes. El aporte nutricional de ambas estructuras es de origen vascular en un 50% y procedente del LCR en otro 50%, los mecanismos que participan en la compresión radiculomedular son:

Lesión macroscópica: CM progresiva por invasión tumoral desde las estructuras óseas que conforman el canal vertebral o desde las masas paravertebrales, sin estabilidad de la columna, CM por inestabilidad de la columna en el contexto de formación/destrucción vertebral, con invasión o acortamiento del canal vertebral. CM por lesiones intradurales e intramedulares.

Lesión microscópica: (medular) estasis venosa y edema en el parénquima medular. Un edema vasogénico precedido por la liberación de prostaglandinas en especial E_2 , la cual medra para aumentar la permeabilidad de la membrana celular, liberación de sustancias citotóxicas: generan edema citotóxico (intracelular) asociado que agrava el cuadro, la isquemia, la compresión arterial puede acabar produciendo un infarto medular. La paraplejía de rápida evolución parece estar causada por la lesión arterial con infarto medular, mientras que la lenta se relaciona con estasis venosa.

Lesión microscópica (radicular) Mecanismo directo por deformación/invasión de las fibras nerviosas, mecanismo indirecto por falta de aporte nutricional.

Los efectos de la compresión son menores cuando ésta es progresiva. La compresión de la cola de caballo da lugar a un cuadro parapléjico flácido parcial e incompleto con una evolución más lenta debido a la mayor resistencia de las raíces nerviosas en relación con la médula espinal, así como mayores posibilidades tras el tratamiento.

El intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo del cuadro es muy variable, entre días, y meses, y se estima una media entre 7-8 semanas.

El síntoma más temprano y frecuente, presente en el 88-96% de los casos, es el dolor progresivo con o sin irradiación a través de una raíz nerviosa.

Tiene un doble componente, local por infiltración del periostio y radicular por compresión o destrucción de la raíz nerviosa. Se exagera con los movimientos y las maniobras, simulando una enfermedad discal degenerativa, pero se diferencia de ésta en que no mejora con el reposo en decúbito y sí al incorporarse.

En segundo lugar aparece la sintomatología motora, representada en la mayor parte de los casos por la debilidad de extremidades inferiores presente en un 76-86% de los casos por la debilidad al diagnóstico.

Inicialmente es más marcada en los grupos musculares proximales que en los distales, aunque en su desarrollo se igualan.

Si no se trata progresa a Paraplejía. En algunos casos, la Paraplejía puede presentarse de forma brusca, sin haber mostrado debilidad u otra sintomatología previa.

Las escalas de funcionalidad serán de gran utilidad para definir el estado del paciente al inicio de la clínica, así como para valorar su evolución y la respuesta al tratamiento. Es aconsejable su registro evolutivo.

La sintomatología sensitiva es menos frecuente como forma de presentación inicial. Sin embargo, cuando se presenta al inicio, suele desarrollarse paralelamente a la debilidad. Se manifiesta por parestesias o pérdida de sensibilidad en las ex-

tremidades inferiores. Al principio suele ser distal, uni o bilateral, en general asimétrica. Pero en su desarrollo asciende y con frecuencia configura un nivel sensitivo franco acorde con el nivel de lesión medular.

Las alteraciones del sistema autónomo están presentes entre el 40-60%. Se agrupan en pérdidas o retención por alteraciones esfinterianas y en impotencia.

La pérdida aislada de la función intestinal o vesical en ausencia de síntomas motores o sensitivos se debe más frecuentemente a la CM del cono medular o un tumor sacro.

Otras manifestaciones comunes en menor porcentaje son el síndrome de Horner (miosis, ptosis, enoftalmos y anhidrosis), que se produce en casos de afectación cervical (cervicospinal), y la ataxia sensorial o propioceptiva por compresión de haces espirotalámicos.

El diagnóstico se realiza a través de una biopsia mediante cirugía, que al mismo tiempo permite resolver el problema comprensivo, sobre todo en casos de inicios bruscos o de gran inestabilidad de la columna, también por biopsia por tomografía computarizada.

Ante la ausencia de adecuados estudios controlados, el tratamiento de EM está en gran parte basado en empirismo, en principio de un tratamiento paliativo cuyo objetivo es el control local del tumor para conservar o recuperar la función neurológica, sobre todo la deambulación y el control esfinteriano, vendría determinado por varios factores: Presentación clínica, evolución, tipo histológico, estabilidad vertebral, vitalidad del paciente. Tratamiento corticoideo y radioterapéutico, quirúrgico y gastroprotección.

REFERENCIA:

- Vilar González. Pérez Rozos., S. A. (2012, 28 agosto). Compresión medular: aproximación multidisciplinar a una auténtica urgencia neurooncológica. doctormateos. Recuperado 14 de octubre de 2021, de <http://www.doctormateos.com/documentacion/articulos/Compresion-Medular.pdf>