



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR”

MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

DR:
SERGIO JIMENEZ RUIZ

PRESENTA:
Andrea Montserrat Sánchez López

MEDICINA HUMANA

5° SEMESTRE

OCTUBRE de 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas

Síndrome de compresión medular

DÍA MES AÑO

Los tumores raquímedulares, ya sean malignos o benignos, van a producir un cuadro clínico típico que es: "síndrome de compresión medular", que se trata de una afectación medular, aguda o progresiva, como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo.

Cursa principalmente con:

- 1.- Dolor
- 2.- Signos motores
- 3.- Alteración sensorial
- 4.- Alteración de esfínteres
- 5.- Trastornos vegetativos

1.- Dolor

- Dolor de espalda, frecuente
 - Localizado en donde se encuentra el tumor, Nocturno
 - Aumenta con los movimientos de la columna y los Valsalvas.
- Los tumores que más duelen son las metástasis y intra-medulares, pues aunque el SNC "no duele" por tracción pueden irritar la aracnoides y producir dolor.
- Los neurinomas producen dolor radicular, localizado en un único dermatoma

2.- Signos motores

- Aparecerán por debajo del nivel de la lesión o a su altura.
- Va a depender si el cuadro es agudo o no.
- Aparecerá pérdida de fuerzas
 - Flácida e hiporreflexa en cuadros agudos
 - Espásticas e hiperreflexa en cuadros progresivos.
 - Habrá alteración de 2^a motoneurona
- Cuando existe una lesión radicular aparecen:
 - Hipotrofias musculares localizadas
 - Fasciculaciones
 - Hiporreflexa osteotendinosa segmentaria

3.- Alteración sensorial

- Si afecta a cordones posteriores habra hipoestesia posicional, vibratoria y táctil discriminativa, y si afecta a las vias espinotalámicas habra hipoestesia térmica y dolorosa
- En las compresiones agudas es facil delimitar el nivel sensitivo, el cual guarda relación con el nivel lesional
- En las progresivas, el deficit sensitivo se inicia en las zonas más distales en las piernas y va ascendiendo
- Los tumores intramedulares causan hipoestesia termoalgésica suspendida
- Puede existir deficit sensitivo radicular, si el tumor afecta solo a la raiz, como el neurinoma

4.- Alteración esfínteres

- Si la compresión medular es brusca: provoca retención urinaria aguda, en los días siguientes, micción o reboamiento
- Si es progresiva, la retención aparece tardíamente
- Aunque menos evidente, el estreñimiento y la potencia aparecen con mayor frecuencia.
- En las compresiones del cono medular y de la cola de caballo existe incontinencia, desde los primeros momentos y casi siempre se acompaña de hipoestesia en silla de montar

5.- Trastornos vegetativos

- Menos frecuentes. Cuando la instauración es muy lenta
- Puede haber hipersudoración infralesional inicialmente para evolucionar luego a una hiposudoración
- Excepcionalmente signos irritativos meníngeos por hemorragia subaracnoidea de origen tumoral.

Tumores propios del sistema nervioso

En orden de frecuencia encontramos: neurinomas, meningiomas, ependimomas, astrocitomas.

La mayoría son benignos: fundamental el diagnóstico precoz previo al deterioro neurológico irreversible debido a la compresión medular progresiva.

Los malignos, son muy raros

Se deben principalmente a siembras subaracnoideas de meduloblastomas, ependimomas, germinomas, pineoblastomas, ... del cerebro

Ependimomas

Glioblastomas

Metastasis intramedulares

1. Neurinomas y neurofibromas

◦ Son los más frecuentes: 30% de los tumores intrarraquídeos

- 70% intradurales - extramedulares

- 15% extradurales puros

- 14% intra y extradurales a la vez

- 1% Intra medulares puros

◦ Se originan en las raíces sensitivas. Se desarrollan a partir de las células de Schwann, por ello también se denominan Schwannomas o neurofibromas

◦ Son más frecuentes en la región torácica seguida de la región cervical y lumbar

◦ 30-50 años. Discreto predominio en la mujer

◦ Histológicamente los neurinomas y neurofibromas son idénticos, la diferencia radica en su disposición respecto al nervio

▷ El neurinoma crece adosado a la raíz del nervio hacia el exterior

▷ El neurofibroma crece en el seno de la raíz del nervio.

- Muy frecuentes en el seno de la fibromatosis, donde suelen aparecer múltiples neurofibromas cutáneos
- Van produciendo una compresión medular lenta. Dolor irradiado por el territorio de la raíz donde se origina el tumor. Deficit sensitivo.

2. Meningiomas

Se origina de células aracnoideas, aunque se vean adheridos a la duramadre. Son extramedulares

- 25% de los tumores intracraqueos.
- > 50 años
- 80% en mujeres
- 2/3 en región torácica.
- Un 10-15% tienen un crecimiento exclusivamente extradural. Estos tumores nacen de la aracnoides pero se anclan a la duramadre
- Difícil diagnóstico. Son pacientes con alta y larga historia de dificultad progresiva para la marcha en los que en ocasiones se realiza un diagnóstico e incluso cirugía errónea de artrosis vertebral o de hernia discal, debido a un crecimiento muy lento del tumor

Tumores intramedulares puros

1. Ependimomas

- Son tumores intramedulares y por lo tanto intradurales también
- Generalmente benignos. A más caudales, más benignos (cuando más craneal, más maligno)
- Se origina de células ependimarias del canal central medular
- Pueden aparecer a cualquier edad aunque hay un pico de máxima incidencia hacia los 50 años. Más frecuente en el varón

Bibliografía

Tumores raquimedulares. (s.f.). 10-25.