

Síndrome de compresión medular



- Cualquier neoplasia puede producir compresión medular ; los más frecuentes:
 - mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple
- El síndrome de compresión medular es una urgencia oncológica y neurológica de mal pronóstico; este depende del status neurológico al momento del diagnóstico
- Empeorando las posibilidades de recuperación cuando hay más de 24 hrs desde ocurrido el fenómeno de compresión y la intervención terapéutica

- La compresión mecánica puede dañar directamente la médula o a través de la compresión de los vasos sanguíneos medulares. este mecanismo parece ser el más importante
- La lesión mecánica, como la compresión de los plexos venosos producen una respuesta inflamatoria
 - entre los mediadores inflamatorios se secreta **VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular)**, edema medular vasogénico, aumento de la presión tisular ; afección del flujo sanguíneo arteriolar ;aumento isquemia; degeneración neural

Clínica

- El síntoma mas frecuente y temprano es el dolor ; 95% de los pacientes tiene dolor, puede preceder 2 a 3 meses a la compresion.
Puede iniciarse con un dolor localizado, en la zona de la metástasis, provocado por el compromiso de periostio y la invasión de otros tejidos.
- El segundo síntoma en frecuencia 85% es la debilidad de las EEl (alteracion de la marcha y el equilibrio) 2/3 no pueden caminar al diagnostico
- Se presentan tambien alteraciones del SNA, se manifiesta con disfuncion anal y vesical
- La clinica sensitiva es mucho menos frecuente como presentacion inicial. Se manifiesta como parestesias y perdida de sensibilidad

Niveles de compresión

- Compromiso cervical 4-15% : Dolor cervical posterior y suboccipital. Puede desencadenar tetraplejía.
- Compromiso torácica 60-78%: Sintomatología típica con irradiación bilateral. Paraplejía
- Compromiso lumbar 16-33%: desde L2 a distal puede afectarse el cono medular
- Y producir el Síndrome de cauda equina (debilidad distal, parestesias e hipoestésias en silla de montar, alteración de la marcha y afección esfinteriana)
- Más del 50 % de los pacientes tiene compromiso multisegmentario

Diagnóstico

- Resonancia magnética (RM): sensibilidad 93% y especificidad 97% para la detección de compresión epidural, es el examen de confirmación. Técnica estándar en las situaciones de urgencia con clínica de compresión medular por: Técnica no invasiva. Buena visualización de los discos y las vértebras. Identifica lesiones medulares previas a destrucción cortical.
- TAC superior a Rx y Co da información de las vértebras y espacios paravertebrales y puede ayudar a localizar la masa epidural si no se dispone de RNM o Mielotac

Radiografía : Erosión o pérdida de pedículos Lesiones líticas o blásticas Colapso vertebral. Masas paraespinales EL 80% de los casos presentan alteraciones.

- Cintigrama óseo: más sensible, pero menos específica que Rx

TRATAMIENTO Corticoides

- Los objetivos del tto son controlar el dolor, evitar complicaciones y prevenir el deficit neurologico
- CORTICOIDES Es la primera medida terapéutica por su acción oncolítica, antiedema y antiinflamatoria. Debe instaurarse lo mas rapido posible (incluso ante la sospecha clinica) dentro de las primeras 12 a 24 hrs
- Dexametasona (de eleccion) controversia en cuanto a dosis
 - dosis altas de carga (100 mg. en bolus y 16-32 mg. diarios fraccionados) que se reduce gradualmente, mayores complicaciones GI, pero disminucion de secuelas neurologicas
 - Dosis moderada 10 mg carga y 16 mg /dia (4 mg cada 6 hrs)
 - Tras 24 a 48 hrs de tto ev puede pasarse a tto oral
 - No tiene indicacion si no existen sintomas neurologicos
 - Retirada paulatina una vez efectuado el tto definitivo y adaptandose a la clinica

Radioterapia

- Tiene como objetivo aliviar el dolor, reducir las necesidades de analgesicos, prevenir el desarrollo de fracturas patologicas, mejorar la movilidad y actividad del paciente (detiene el crecimiento tumoral y reduce la presion de los tejidos perifericos)
- Esquemas varian , el clasico es de 25 a 30 GY en 10 fracciones hasta hipofraccionamiento con 8 gy en una sesion(se asocia a mayor necesidad de reirradiacion)
- Los resultados del tto dependeran del grado de disfuncion neurologica

Tratamiento quirúrgico

- Las indicaciones para la cirugía son:
 - Inestabilidad de columna.
 - Compresión ósea de la médula espinal o compresión en un área previamente irradiada
 - Deterioro neurológico durante la radioterapia
 - Tumores radiorresistentes.
 - Compresión medular en paciente sin historia previa de cáncer que precise diagnóstico histológico.
 - La combinación de cirugía seguido de radioterapia es la modalidad más efectiva y debería ser la primera elección en pacientes debidamente seleccionados

Resumen

- ❑ Sospechar compresión medular en cualquier paciente oncológico que presente dolor oseo y no retrasar su estudio y tratamiento.
- ❑ La compresión medular es siempre una urgencia , si presenta clínica neurológica
- ❑ La prueba diagnóstica de elección es la RM por su elevada sensibilidad, especificidad,
- ❑ La primera medida terapéutica: uso de corticoides→ dexametasona
- ❑ La radioterapia es el tratamiento de elección en tumores radiosensibles ,sin inestabilidad de columna o en aquellos en que esté contraindicado el tratamiento quirúrgico.
- ❑ La combinación de cirugía(fijación +/-descompresión)seguido de radioterapia es la modalidad mas efectiva y debiera ser la primera elección en pacientes debidamente seleccionados

