

COMPRESIÓN MEDULAR. URGENCIA RADIOLÓGICA. VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

Tipo: Comunicación Oral

Autores: Jonathan Paul Taboada Villca, Ana Carmen Vela Marín, Alfonso Romeo Tris, Magdalena Cózar Bartos, Ylenia Marta Navarro Monforte, Elisa Ruiz De La Cuesta Martín

Objetivos

Exponer las directrices del protocolo de actuación ante sospecha de compresión medular vigente en nuestro centro.

Valorar el grado de cumplimiento en la realización de exploraciones radiológicas y respuesta terapéutica.

Material y métodos

Entre enero 2012 y marzo 2015 realizamos 56 RM de columna por sospecha de compresión medular a 55 pacientes con edad media de 62 años (9-96)

Los estudios de RM fueron realizados de forma urgente (<6 horas), urgente diferida (6-24 horas), preferente (1-5 días) o retardados (5 días- 1 mes) siguiendo las pautas marcadas por el protocolo.

Se evaluó la respuesta terapéutica en aquellos casos en que se demostró compresión medular como inmediata (<24 horas) o programada (> 24 horas), además de otras características relevantes.

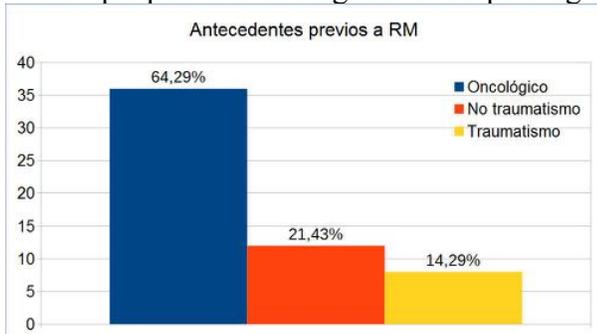
El algoritmo del protocolo de compresión medular de nuestro hospital establece cuatro tipos de prioridades: RM en menos de 6 hrs si la clínica neurológica es brusca, RM en menos de 24 hrs si la clínica neurológica es rápidamente progresiva, RM en 3-5 días si la clínica es estable o evoluciona en semanas y RM en el plazo de un mes si la clínica es de raquialgia, no presenta síntomas neurológicos y no existen antecedentes oncológicos.

Resultados

La RM fue realizada de forma urgente en 24 casos(42,9%), urgente diferida en 11 pacientes (19,6%), preferente en 16 (28,6%) y en menos de 1 mes en 5 (8,9 %)



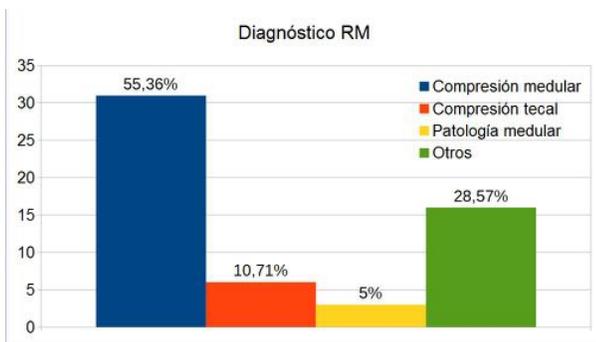
36 pacientes eran oncológicos conocidos en el momento de realizar la exploración, 8 presentaror antecedente traumático y en 12 casos no había antecedente oncológico ni traumático conocido Finalmente 39 pacientes (40 estudios, 71,4%) fueron oncológicos, en 4 de ellos la RM fue la prueba inicial que permitió el diagnóstico de patología tumoral.



Fueron incluidos en el grupo de etiología traumática los pacientes con sospecha de compresión medular postquirúrgica (4) y postanestesia (1)

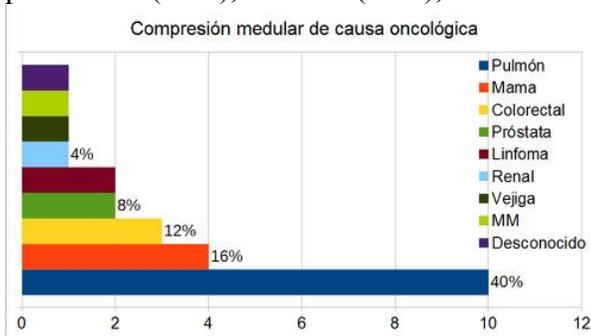


La RM demostró compresión medular en 31 casos del total de 56 estudios (55,4%) [Fig. 4](#), [Fig. 5](#), [Fig. 6](#), [Fig. 7](#), [Fig. 8](#), [Fig. 9](#), compresión tecal en 6 (10,7%) y patología medular en 3 (5,3%) [Fig. 10](#). No se demostró compresión ni lesión medular en 16 casos (28,6%) . De este último grupo 6 precisaron tratamiento quirúrgico: 3 de forma diferida (1 hernia discal y 2 fracturas vertebrales) y 3 en menos de 24 hrs (2 hernias discales [Fig. 11](#) y 1 fractura vertebral)

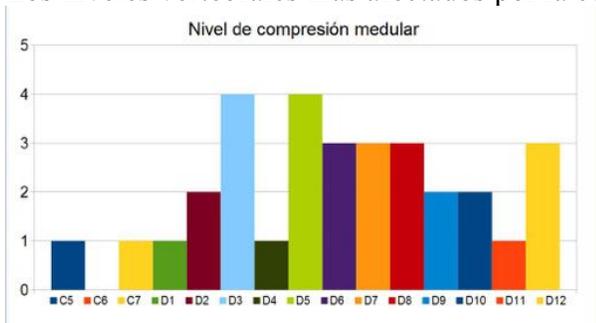


Del total de 40 casos oncológicos (100%), presentaron compresión medular más de la mitad, 25 (62,5%) compresión tecal 4 (10%) y en 11 no se encontró compresión (27,5%)

En los 31 casos de compresión medular de etiología oncológica, los tumores mas frecuentes fueron pulmón 10 (40%), mama 4 (16%), colorectal 3 (12%), próstata 2 (8%) y linfoma 2 (8%)

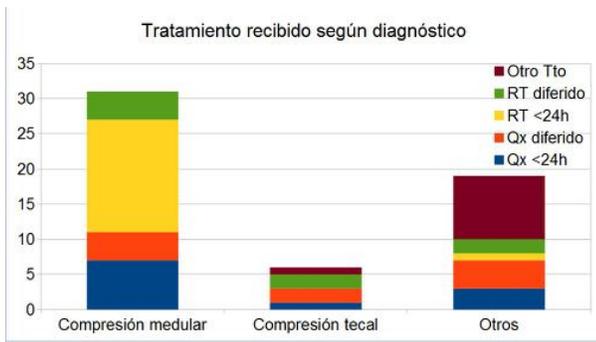


Los niveles vertebrales más afectados por la compresión medular fueron D3 y D5 con 4 casos cada uno.

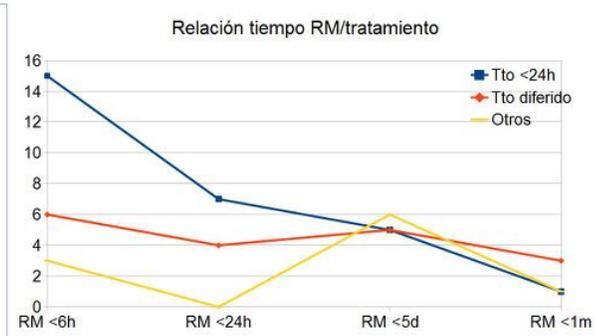
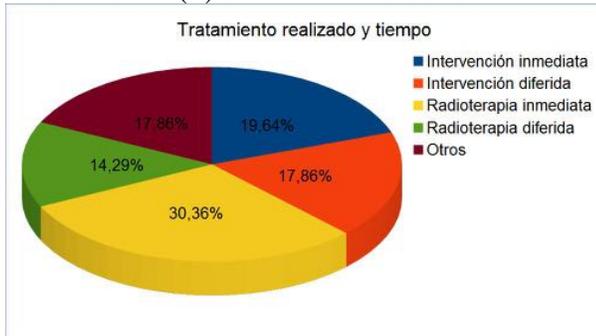


De los 31 casos con compresión medular de cualquier etiología, en 23 (74,2%) se realizó tratamiento (QX 7, RT 16) en menos de 24 hrs. El tratamiento fue diferido en 8 (QX 4, RT 4)

De los 56 estudios de RM realizados, en la mitad (28), se realizó tratamiento en menos de 24 hrs (QX 11, RT 17). En 18 casos (32,1%) el tratamiento fue diferido (QX 10, RT 8). Medidas generales en 10 casos (17,9%).



De los 24 pacientes en que se realizó la RM en menos de 6 hrs, en más del 50% (15) el tratamiento fue realizado en menos de 24 hrs. De los 11 pacientes en los que la RM fue realizada en menos de 24 hrs, er más del 50% (7) el tratamiento se realizó en menos de 24 hrs.



Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Tiempo de realización de RM.

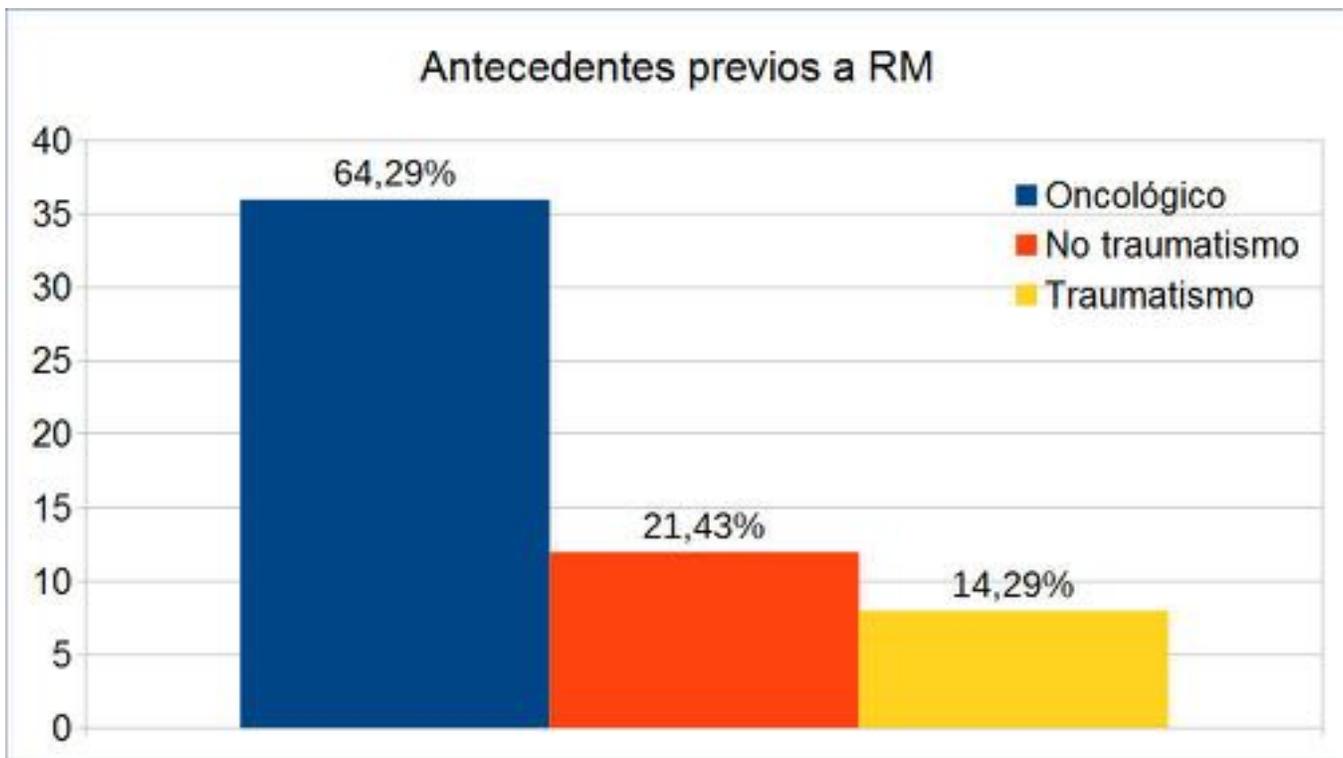


Fig. 2: Antecedentes previos a realizar RM.

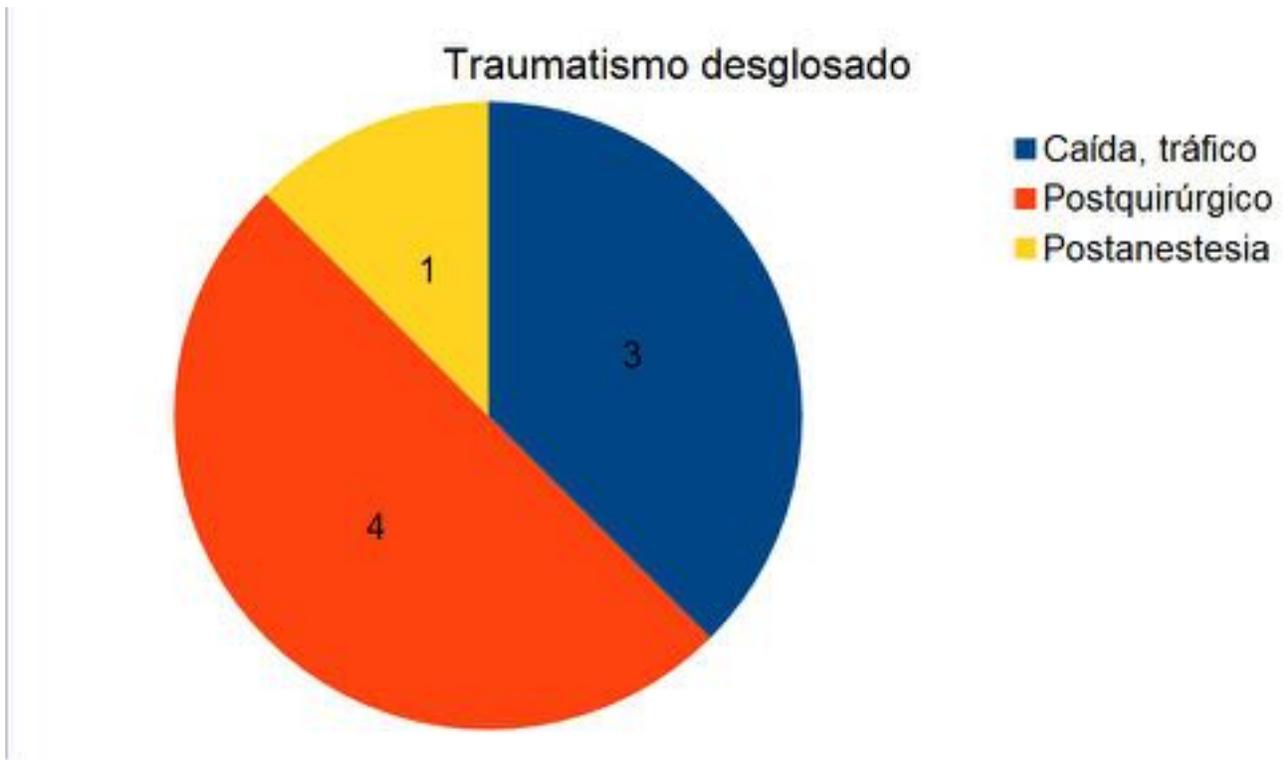


Fig. 3: Antecedente traumático desglosado.



Fig. 4: Fractura estallido del cuerpo vertebral D12, con compromiso del canal medular, por afectación del muro posterior, ocasionando estenosis en torno al 30%. Separación de las apófisis espinosas de D12-L1 con edema del ligamento interespinoso sugestivo de disrupción del mismo. Fractura aguda por compresión, con hundimiento de platillo superior de L1.

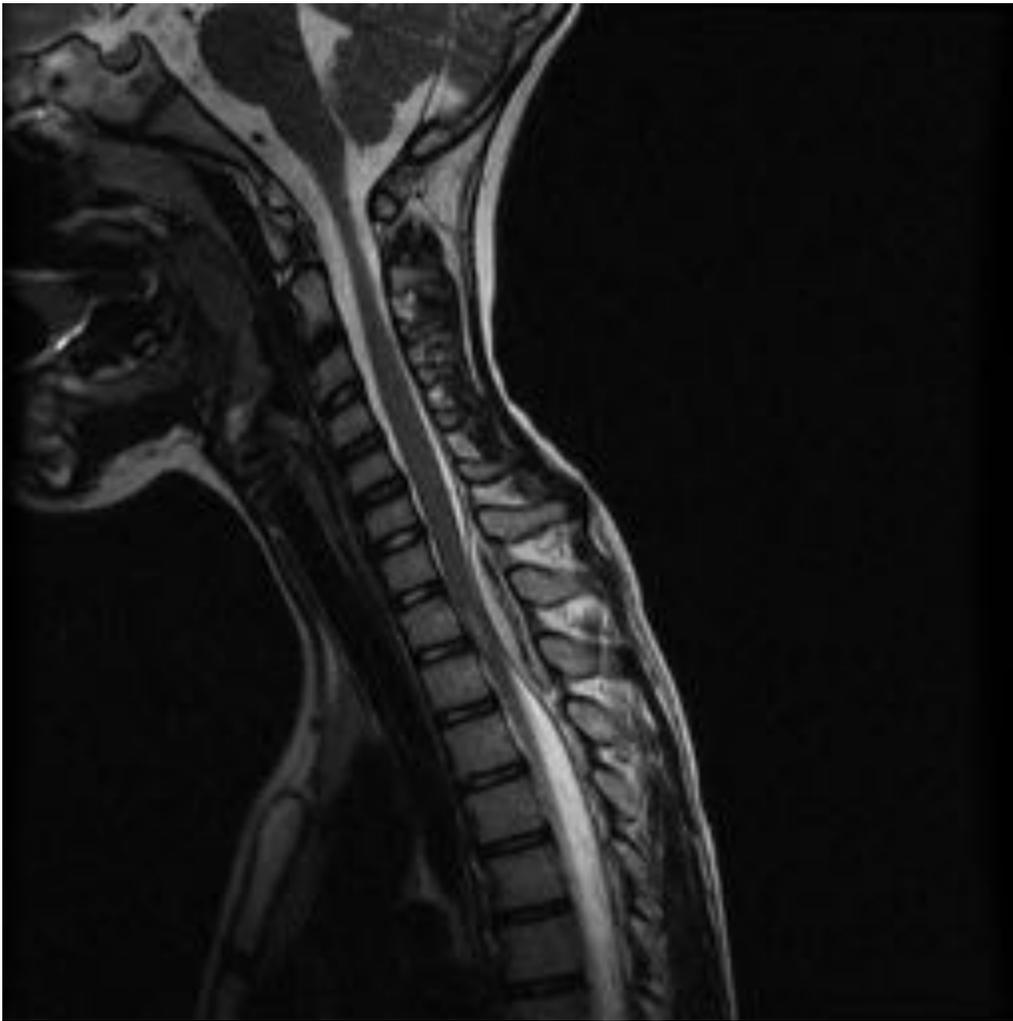


Fig. 5: Paciente con dos semanas de dolor en escápula. Cefalea brusca con hipoestesia/anestesia de zona costal. Mejoría tras corticoides. Parestesia y paresia en ambas extremidades inferiores.

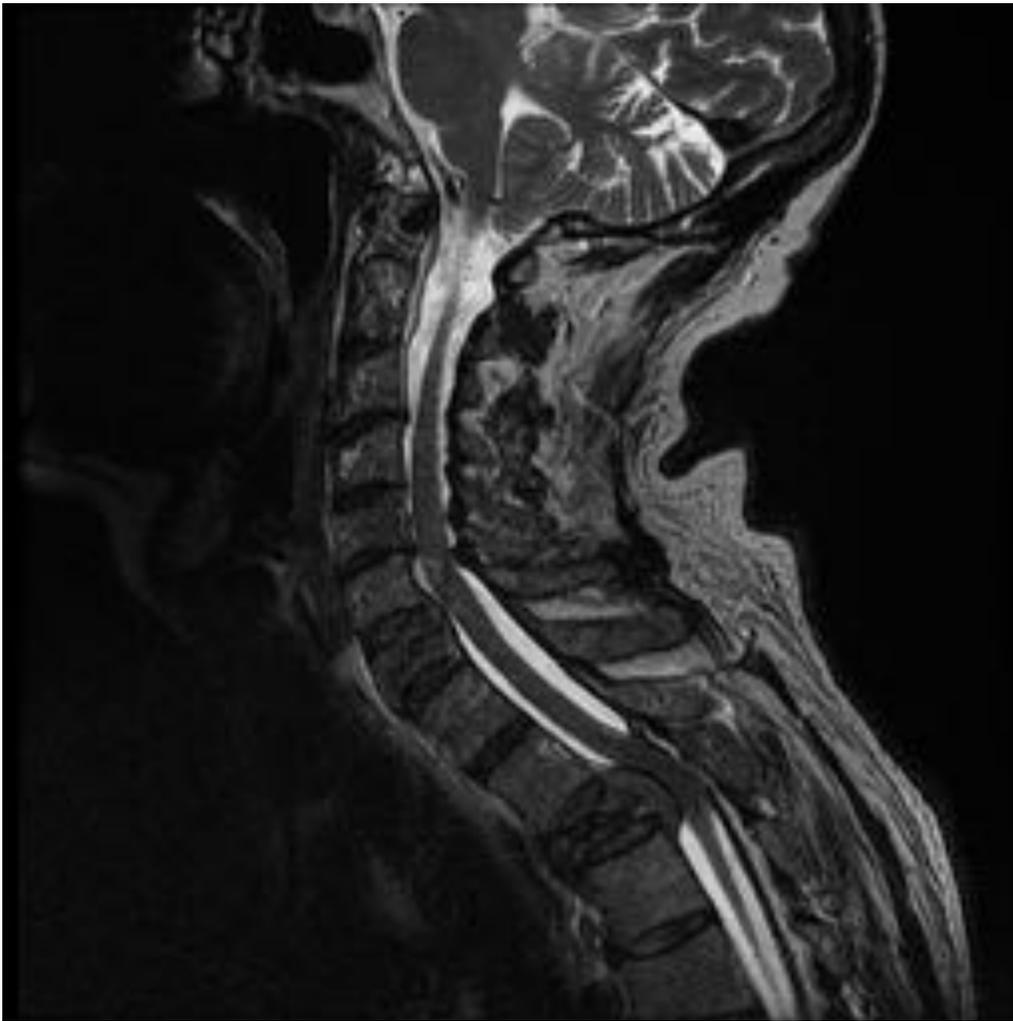


Fig. 6: Paciente con carcinoma de colon y metástasis hepáticas. Desde hace una semana disminución de fuerza y sensibilidad en extremidad inferior derecha y desde hace 48 horas de forma brusca en extremidad inferior izquierda. Nivel sensitivo D5-D6. Sospecha de compresión medular. Aplastamiento metastásico de D3 con intensa masa de partes blandas asociada que produce compresión del cordón medular y obliteración de agujeros de conjunción izquierdos. Área de mielopatía compresiva.



Fig. 7: Infiltración metastásica del cuerpo vertebral y arco neural posterior de D2, con aplastamiento del cuerpo vertebral, listesis y retropulsión del muro posterior, que junto a la infiltración difusa de elementos posteriores y una hernia discal dorsomedial D2-D3, condicionan severa estenosis de canal con compresión del cordón medular.



Fig. 8: Hipercifosis dorsal con acñamientos vertebrales patol3gicos entre D5 y de 7, por afectaci3n tumoral vertebral, escaso componente de partes blandas paravertebrales.



Fig. 9: Lesión metastásica ósea en D5 con predominio de arco posterior, laminas y pedículos. Masa de partes blandas acompañante medial-paramedial izquierda con compresión medular y afectación de agujero de conjunción izquierdo D4-D5. También se aprecian metástasis óseas en otros cuerpos vertebrales.



Fig. 10: Antecedente de carcinoma de pulmón con metástasis cerebral tratada. Desorientación temporal y debilidad progresiva en EEII de 1,5 meses de evolución. Metástasis intramedular en D2-D3, con edema y engrosamiento del cordón secundario.

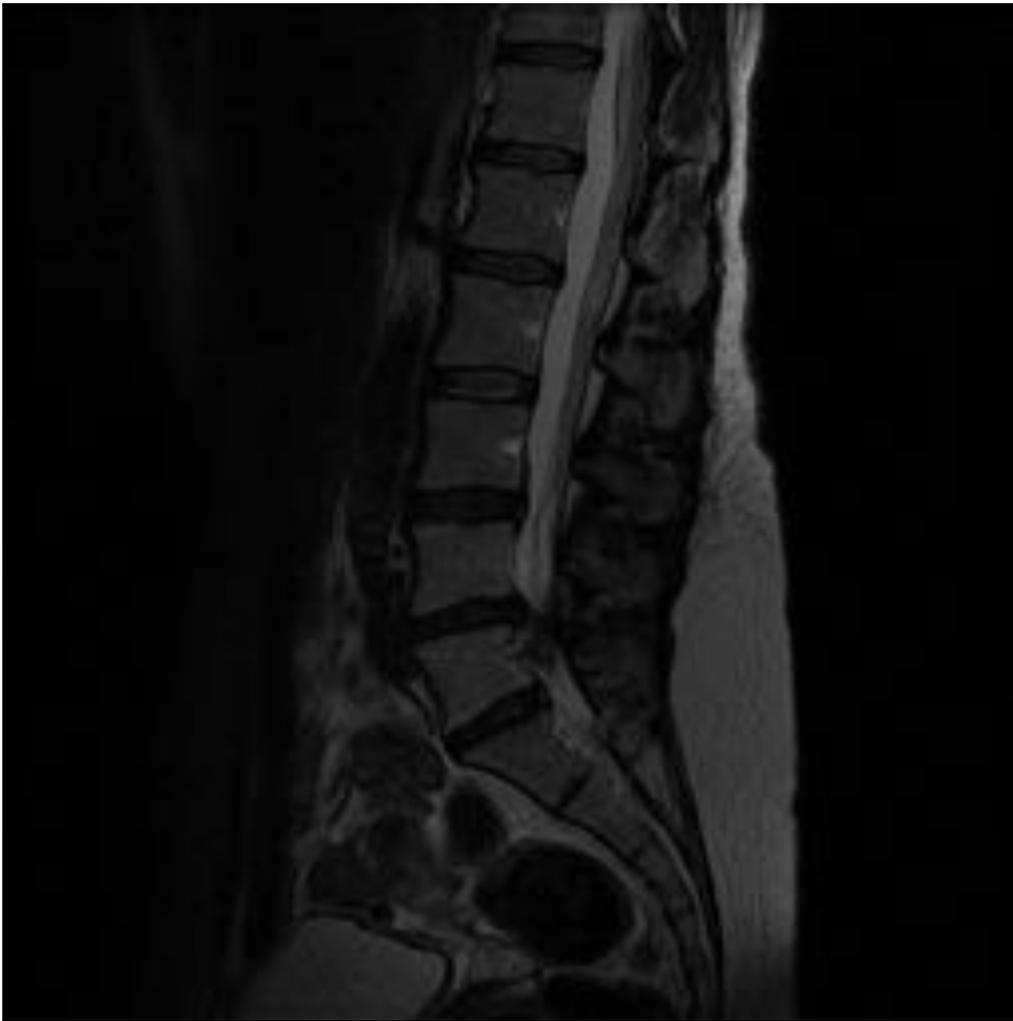


Fig. 11: Hemihipoestesia en silla de montar, síndrome de cauda equina de inicio brusco. Hernia paramedial derecha L4-L5 extruida, con material discal migrado caudalmente y compresión de cauda equina.

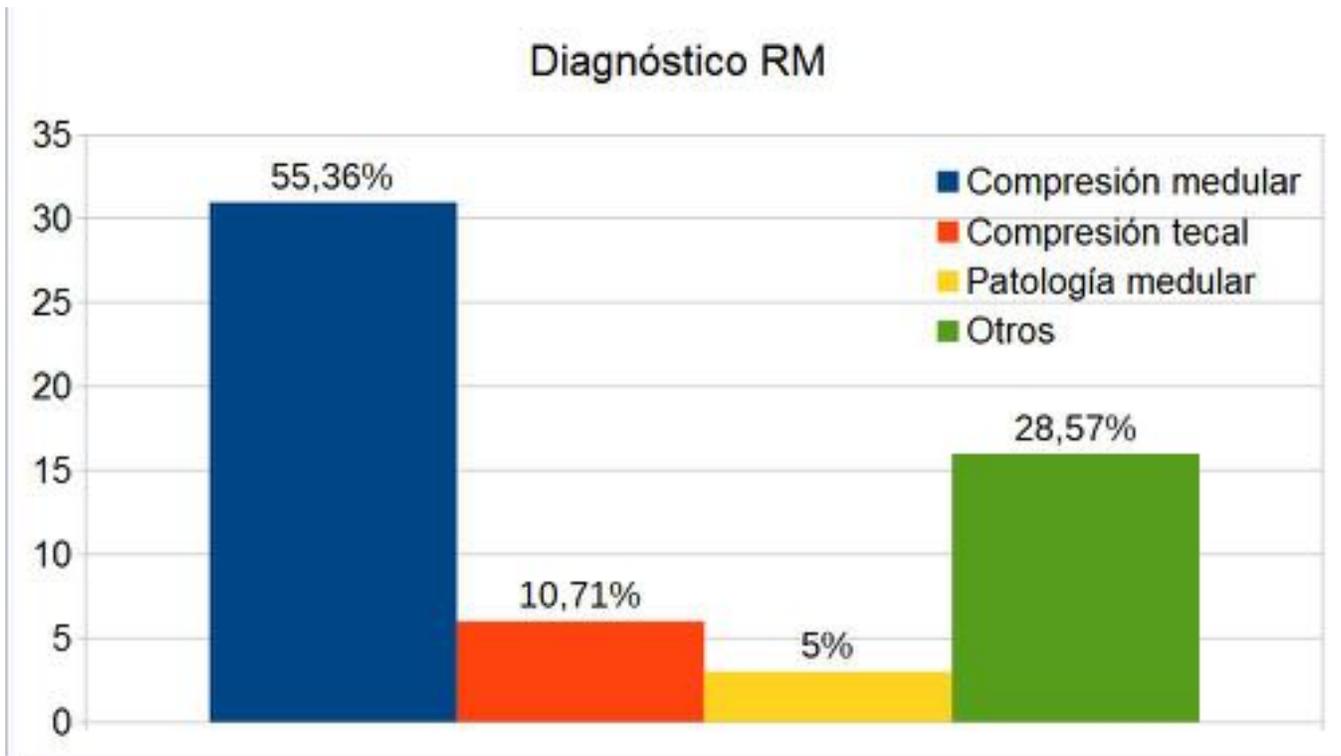


Fig. 12: Diagnóstico RM.

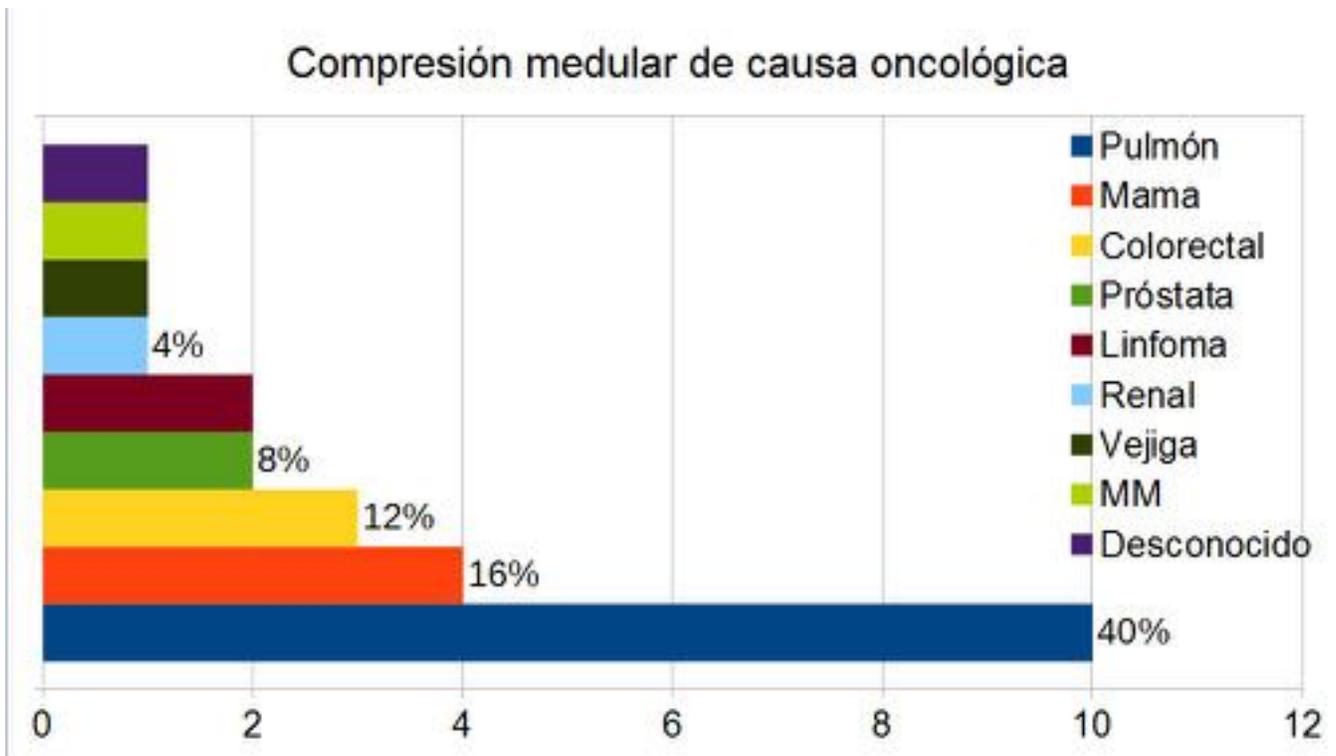


Fig. 13: Compresión medular según etiología tumoral.

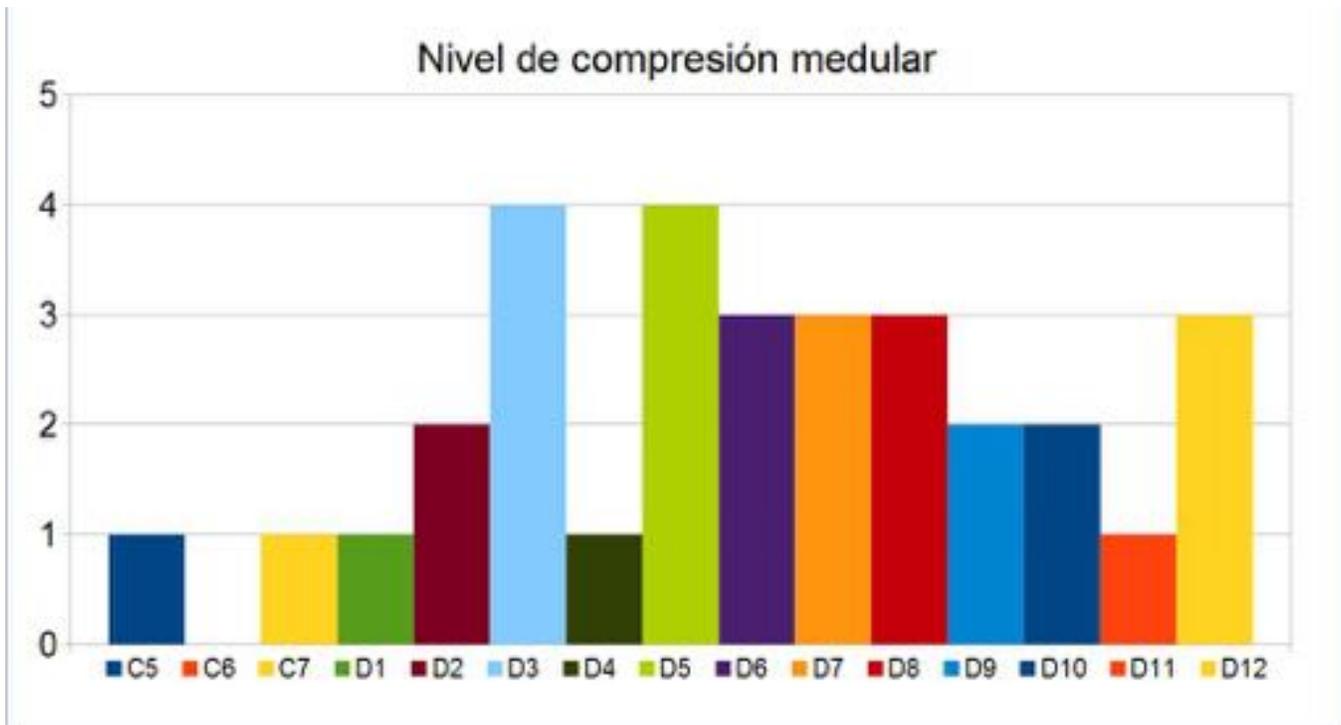


Fig. 14: Nivel vertebral de compresión medular.

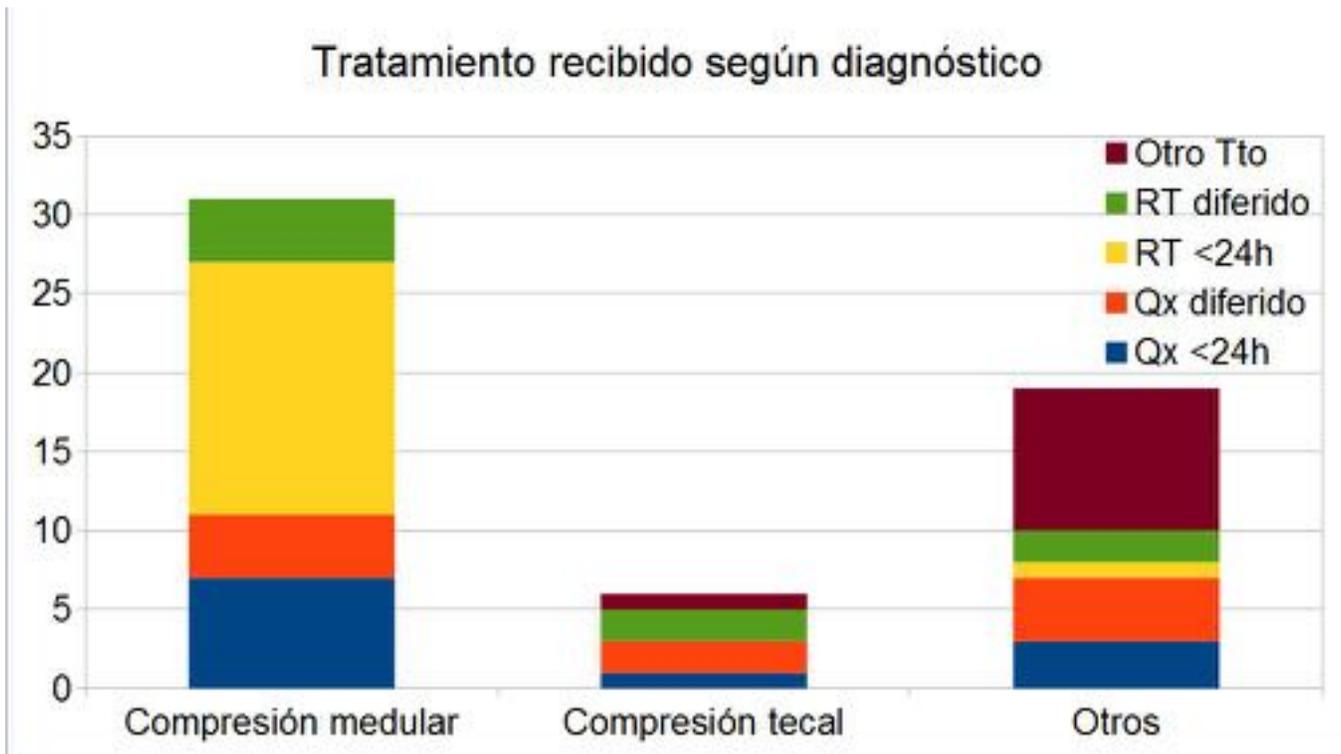


Fig. 15: Tratamiento recibido según diagnóstico.



Fig. 16: Tratamiento recibido desglosado.

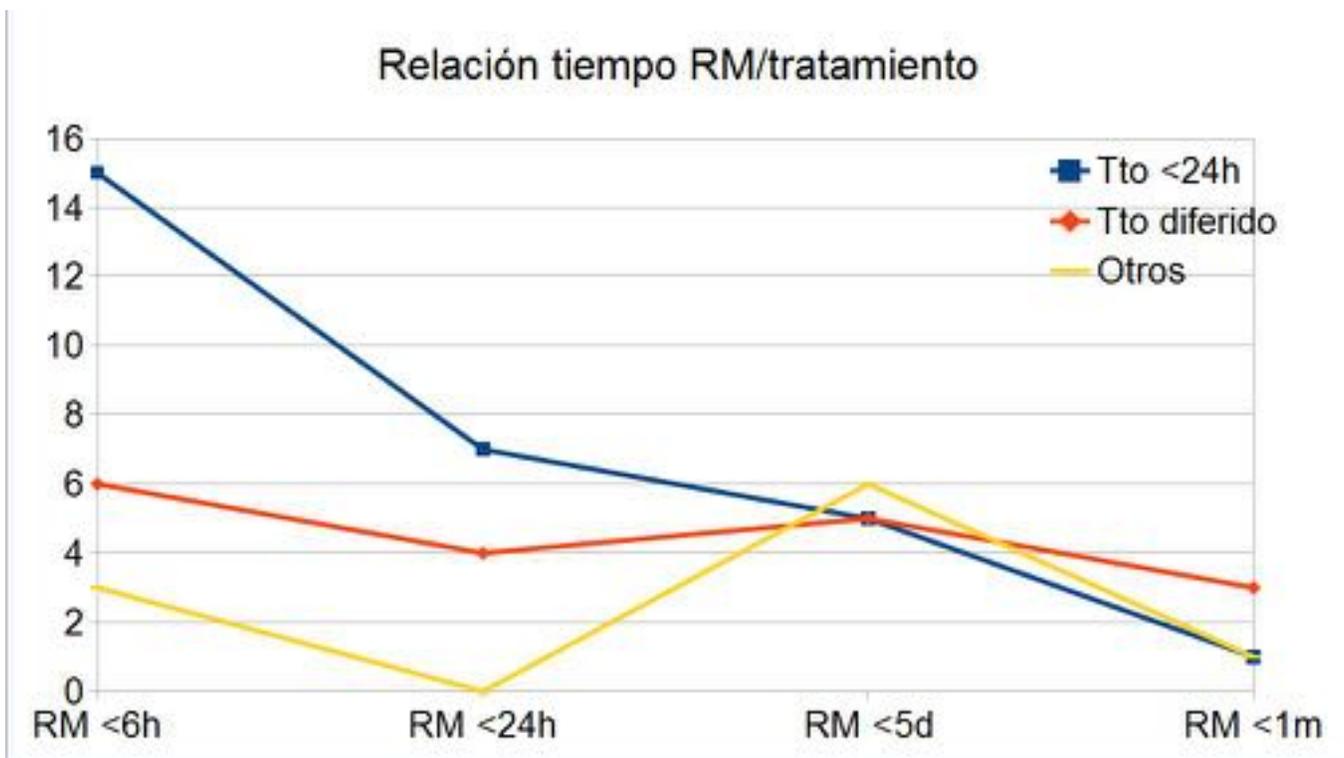


Fig. 17: Relación entre tiempo de realización de RM y tratamiento recibido.



Fig. 18: Relación entre tiempo de realización de RM y tratamiento recibido.

Conclusiones

Los estudios de RM fueron realizados en los plazos propuestos por el protocolo según los diferentes supuestos clínicos.

La respuesta en el tratamiento fue acorde con la urgencia de las lesiones detectadas.

Bibliografía / Referencias

- Arana E, Kovacs FM, Royuela A, Asenjo B, Pérez-Ramírez Ú, Zamora J; Spanish Back Pain Research Network Task Force for the Improvement of Inter-Disciplinary Management of Spinal Metastasis. Agreement in Metastatic Spinal Cord Compression. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016 Jan;14(1):70-6. Epub 2016 Jan 5.
- Metastatic spinal cord compression in adults: diagnosis and management. Diagnosis and management of adults at risk of and with metastatic spinal cord compression. Issued: November 2008. NICE clinical guideline 75.
- Brooks FM, Ghatahora A, Brooks MC, Warren H, Price L, Brahmabhatt P, De Vauvert S, John C, Farnworth E, Sulaiman E, Ahuja S. Management of metastatic spinal cord compression: awareness of NICE guidance. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2014 Jul;24 Suppl 1:S255-9. doi: 10.1007/s00590-014-1438-8. Epub 2014 May 8.