

11. COMPRESIÓN NO TRAUMÁTICA DE LA MÉDULA ESPINAL...

11. COMPRESIÓN NO TRAUMÁTICA DE LA MÉDULA ESPINAL Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN

La etiología de las compresiones no traumáticas de la médula espinal es múltiple, bien de origen extradural como las metástasis vertebrales, o intradural por tumores benignos extramedulares, neurinomas y meningiomas. También por mielopatías compresivas crónicas secundarias, a una combinación de compresión del disco, formación de osteofitos y estenosis del canal medular, así como por hemorragia epidural, absceso epidural o hernia discal aguda.

La sintomatología se caracteriza por síndrome lesional, sublesional y, a veces, raquídeo.

SÍNDROME LESIONAL

Se manifiesta por la afectación de una o varias raíces a nivel de la compresión, con dolores radiculares que suelen ser vivos, fijos, resistentes al tratamiento y que se exacerban por las maniobras de Valsalva. Puede asociarse hipoestesia en banda o parálisis amiotrófica.

SÍNDROME SUBLESIONAL

Indica la interrupción funcional de los fascículos medulares ascendentes o descendentes.

Trastornos motores

La marcha al principio puede alterarse de forma intermitente, con vacilación de un miembro y fatiga de la pierna después del movimiento.

Es unilateral al principio y luego bilateral. Más tarde, los trastornos se hacen permanentes y la marcha es rígida, espástica y por último imposible.

Signos sensitivos

Suelen ser posteriores a los signos motores. Distal al nivel de la lesión se manifiesta dolor de presión y parestesias múltiples, alterándose más la sensibilidad térmica y dolorosa que la de posición.

La sintomatología sensitiva se agrava lentamente hasta acabar en una anestesia completa de la zona sublesional.

Trastornos esfinterianos

Son relativamente tardíos y producen un deseo imperioso y frecuente de orinar que limitará la conducción.

SÍNDROME RAQUÍDEO

Se caracteriza por rigidez segmentaria del raquis principalmente cervical y lumbar, con deformación dolorosa y dolor a la presión de las apófisis espinosas.



11. COMPRESIÓN NO TRAUMÁTICA DE LA MÉDULA ESPINAL...

VARIANTES SEMIOLÓGICAS DE LA COMPRESIÓN MEDULAR

Cervical alta

Produce tetraplejía espástica. En ocasiones, se afecta el nervio frénico con parálisis hemidiafragmática y el espinal medular con parálisis del trapecio y el esternocleidomastoideo.

Cervical baja

Se traduce por paraplejía y síndrome radicular de los miembros superiores.

Dorsal

Son las más habituales y producen dolores toracoabdominales en cintura y paraplejía.

Lumbosacra

Por las características anatómicas de la zona, aunque las lesiones sean pequeñas, interesan a varios segmentos medulares y raíces. Los trastornos esfinterianos son constantes y tempranos. Con frecuencia se objetiva parálisis flácida del cuádriceps, que dificultará el uso de los pedales de conducción.

La cola de caballo

Compone una parálisis flácida con amiotrofia de los miembros inferiores, con dolores que irradian de la región lumbar hacia nalgas y miembros inferiores por la cara posterior de muslos y piernas. Los trastornos urinarios son constantes. Pueden ser unilaterales, pero en seguida se manifiestan de forma bilateral.

TRATAMIENTO DE LA COMPRESIÓN MEDULAR NO TRAUMÁTICA

Los glucocorticoides a altas dosis están indicados para reducir el edema por compresión tumoral metastásica. La radioterapia y la quimioterapia se indicarán en los casos seleccionados.

La cirugía de descompresión se requerirá en la extirpación de neurofibromas, meningiomas, otros tumores extramedulares, hernias discales, así como para drenaje de colecciones purulentas o hemáticas.

Consejo sobre compresión no traumática de la médula espinal

- ▶ Mientras el paciente se encuentre con síntomas, como dolor, pérdida de fuerza y alteraciones sensitivas, no puede conducir.
- ▶ Después de la cirugía, queda a criterio médico el periodo de convalecencia para poder conducir sin limitaciones.
- ▶ Las secuelas deben ser evaluadas y reseñadas en un informe, con la evolución del paciente y la indicación en cada revisión respecto a la conducción.
- ▶ Las incapacidades permanentes pueden ser evaluadas con el informe del médico especialista, para intentar adaptar el vehículo al conductor y permitir la conducción con las restricciones que marca la ley para cada caso.