



**XXVII JORNADAS NACIONALES DE LA SEP
XVI SIMPOSIUM DE ASELME
Palacio de Congresos de Granada**

Ponencia 1: Mielopatías de etiología no traumática

Dr. D. Francisco Escamilla Sevilla

Médico Adjunto. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

MIELOPATÍAS DE ETIOLOGÍA INFLAMATORIA

Resumen:

En los últimos años han existido avances muy importantes en el diagnóstico de distintos tipos de mielitis, que posibilitan su manejo precoz en entidades hasta hace poco con pronóstico sombrío. Dicha mejora se debe en gran medida a las aplicaciones de la RM de alto campo (3 tesla) y los distintos tipos de secuencia, incluidos los estudios tractográficos y de difusión, aunque también se han desarrollado determinaciones de laboratorio muy específicas (anticuerpos anti-NMO en la neuromielitis óptica de Devic, mielopatías paraneoplásicas, etc.). Además, la médula se ha incorporado a los criterios actuales de esclerosis múltiple (Criterios de McDonald), siendo a veces suficiente la catalogación de síndrome clínico aislado para iniciar el tratamiento inmunomodulador. Junto a lo referido, destaca el mayor uso en la fase aguda de tratamientos ya conocidos por su eficacia en enfermedades neuromusculares inmunomediadas (plasmaféresis e inmunoglobulinas intravenosas), y sobre todo la apuesta por las nuevas terapias inmunosupresoras hasta hace poco indicadas en pacientes trasplantados, y que ya son una realidad en distintas mielitis crónicas inmunomediadas, muchos de estos con un perfil de efectos adversos relativamente reducido.



**XXVII JORNADAS NACIONALES DE LA SEP
XVI SIMPOSIUM DE ASELME
Palacio de Congresos de Granada**

1ª Ponencia: Mielopatías de Etiología Vascular

Dr. José Maestre Moreno

Jefe de Sección del Servicio de Neurología. Unidad Vascular del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

La patología vascular medular es infrecuente, especialmente si se compara con la patología vascular cerebral, de alta incidencia y prevalencia. Sin embargo, su reconocimiento es de gran importancia para un diagnóstico precoz que minimice en lo posible el daño residual, poniendo en marcha cuanto antes las eventuales medidas de prevención secundaria, así como para su diferenciación de otros procesos medulares subsidiarios de tratamiento específico. Para la comprensión de la patología medular isquémica es preciso un buen conocimiento de la vascularización espinal, así como de los diferentes síndromes clínicos cuya identificación puede orientar a la etiología de cada caso. El conocimiento de la isquemia medular, por su infrecuencia y dificultad de estudio, procede esencialmente de la observación de casos o series de casos, y su tratamiento se extrapola en general del de la patología cerebral, pues no es objeto de ensayos clínicos propios; los avances en la imagen por RM pueden modificar esta situación, al permitir un diagnóstico más precoz y preciso. Por otra parte, la patología medular vascular hemorrágica puede ser subsidiaria de tratamiento quirúrgico descompresivo, y las fístulas durales y malformaciones arteriovenosas pueden hoy beneficiarse de un abordaje endovascular.

Resumen ponencia: ***Mielopatías Cervicales y Dorsales de Etiología Tumoral.***

Gonzalo Olivares Granados. Médico Adjunto. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Las mielopatías de causa tumoral pueden clasificarse, de acuerdo a su etiología, en *mielopatías por compresión de tumores óseos* y de partes blandas (primarios o metastásicos), y *mielopatías por tumores intradurales* (intramedulares o extramedulares). A pesar de constituir un grupo muy heterogéneo, comparten la necesidad de un reconocimiento precoz de los síntomas y signos que producen, y de un rápido y adecuado diagnóstico y tratamiento, para disminuir la morbilidad neurológica que ocasionan y mejorar su pronóstico.

Dentro de las *mielopatías por compresión*, la causa más frecuente es la *compresión epidural por metástasis óseas*. En este tipo de mielopatías el principal factor pronóstico, junto a la naturaleza del tumor primario, es que el paciente preserve la deambulación, y a ello van dirigidas las distintas modalidades de tratamiento (radioterapia, cirugía, quimioterapia y rehabilitación). La radioterapia continúa siendo el tratamiento de elección en pacientes sin déficit neurológico grave, recomendándose el hipofraccionamiento en pacientes de peor pronóstico. En los últimos años la descompresión quirúrgica circunferencial, la reconstrucción y la estabilización, independientemente del abordaje, han mostrado mejores resultados que la radioterapia convencional en pacientes seleccionados. La rehabilitación tiene un papel cada vez más reconocido, mejorando la supervivencia media, el dolor, la depresión, la calidad de vida y la independencia funcional de estos pacientes.

Las *neoplasias intradurales*, aunque son poco frecuentes, deben considerarse en el diagnóstico diferencial de los adultos y niños con dolor en raquis o radicular, asociado a déficit neurológico. El tratamiento de elección es el quirúrgico y los factores predictores de buen resultado son el grado funcional prequirúrgico, el grado histológico del tumor, y la extensión de la resección quirúrgica, que ha mejorado en los últimos años por los avances en las técnicas microquirúrgicas y la monitorización neurofisiológica. Los *tumores extramedulares* incluyen los schwannomas, los neurofibromas y los meningiomas, y generalmente pueden ser extirpados quirúrgicamente de forma completa. Entre los *tumores intramedulares* los ependimomas son los más frecuentes y a menudo pueden ser resecados quirúrgicamente, mientras que los astrocitomas infiltran la médula y su resección completa es poco frecuente. La radioterapia se reserva para las variantes malignas de gliomas y sus recurrencias.



**XXVII JORNADAS NACIONALES DE LA SEP
XVI SIMPOSIUM DE ASELME
Palacio de Congresos de Granada**

Ponencia 1: Mielopatías de etiología no traumática

Dr. Pérez Abela, AL.

Unidad de Cirugía de Columna. H.U. Virgen de las Nieves de Granada

Lesiones Raquimedulares de Columna Dorsal y Lumbar

Las columnas dorsal y lumbar y su contenido (estructuras neurológicas subyacentes) pueden dañarse por causas de índole traumática, tumoral, infecciosa, vascular, deformativa y degenerativa.

El traumatismo raquimedular, cuya causa fundamental es el accidente de tráfico, afecta fundamentalmente la charnela dorso-lumbar. Precisa un diagnóstico precoz y suele tratarse de manera conservadora. En determinados casos precisa cirugía, sobre todo cuando provoca una lesión neurológica.

Los tumores e infecciones del raquis también suelen responder a medidas conservadoras pero pueden provocar inestabilidad y/o lesionar las estructuras neurológicas subyacentes; en estos casos suelen requerir intervención quirúrgica para minimizar sus secuelas.

Las lesiones vasculares localizadas en la zona dorso-lumbar del raquis son raras pero pueden provocar déficits neurológicos y precisar cirugía.

El envejecimiento normal de la columna puede provocar dolor y/o déficit neurológico. De entrada deben manejarse con tratamiento médico-ortopédico-rehabilitador; pero si fracasan estas medidas puede estar indicada la cirugía.

Las deformidades no suelen provocar déficits neurológicos, pero su progresión puede poner en riesgo las estructuras neurológicas subyacentes y la calidad de vida de nuestros pacientes por lo que, en determinadas circunstancias, puede estar indicada la cirugía.

En esta revisión tratamos de exponer las causas más frecuentes de lesiones del raquis tóraco-lumbar que pueden provocar lesiones neurológicas y precisar tratamiento quirúrgico. Así mismo, realizamos una breve exposición de las indicaciones y resultados de la vertebroplastia y la cifoplastia, dos técnicas de reciente incorporación a nuestro arsenal terapéutico.