

Médula anclada

Se conoce como **médula anclada** a la anormal localización baja del **cono medular** asociado a un **filum terminale** afinado y corto.

Está pues fijado por debajo de **L1-L2**.

Se identificó en el siglo XX desde los años 50 y 60, como resultado de hallazgos quirúrgicos. Sin embargo, con la **resonancia magnética (RM)**, fué posible el diagnóstico preoperatorio.

Epidemiología

Se observa en 10% de los casos después de la intervención quirúrgica del **mielomeningocele**.

Entre las malformaciones vertebrales que lo acompañan figuran: **diastematomielia**, **lipomeningocele**, **espina bífida oculta**, cifoesciosis congénita o adquirida, costillas bífidas, costillas adicionales, **espondilolisis**, **espondilolistesis**, lipoma del filum y filum terminal corto y engrosado.

Los casos registrados de médula espinal trabada o anclada son: **lipoma espinal** (72 %), filum terminal tenso (12 %), diastematomielia (8 %) y mielomeningocele (8 %) ¹⁾.

Fisiopatología

En promedio, el cono medular se localiza entre L1 y L2 en el adulto normal, igual que en el niño de tres meses de vida extrauterina.

Pero como en el embrión de cinco semanas el cono está a la altura del cóccix, y en el recién nacido entre L2 y L3, cuando en el proceso de ascenso el cono queda detenido o anclado por malformaciones espinales visibles u ocultas, la movilidad medular y radicular restringida da lugar a compromiso de la circulación sanguínea, lo que causa daño isquémico del tejido nervioso, así como disfunción de metabolismo oxidativo oxidativo en las interneuronas. Lo mismo puede ocurrir en los niños operados de disrafias espinales en los primeros días de nacidos, en los cuales las adherencias cicatriciales impiden el ascenso de la médula durante su desarrollo ulterior.

Clínica

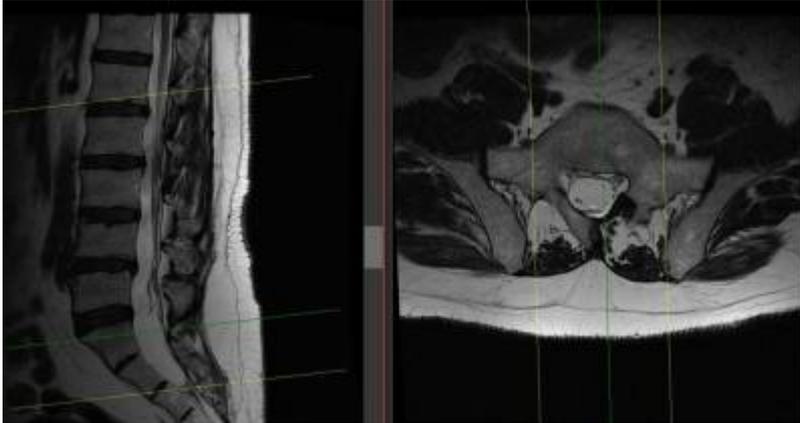
El diagnóstico clínico de **médula anclada** debe sospecharse en cualquier paciente con **espina bífida** que presente progresión insidiosa de **mielorradiculopatía** como disfunción de esfínteres, deterioro en la marcha, dolor lumbar, escoliosis o la aparición de deformidad en los pies, así como la formación de **úlceras plantar** en zonas de anestesia.

En la **espina bífida oculta** se sospecha por la presencia de estigmas en la piel de la región lumbosacra como hipertriosis, nevus, o sinus dérmicos en pacientes con el deterioro neurológico descrito previamente.

La médula anclada se acompaña en muchas ocasiones con **lipomeningocele**, lipomas intrarraquídeos,

quistes neuroentéricos, siringomielia y, en 30% de pacientes postoperados, de mielomeningocele.

Diagnóstico



Médula anclada, fibrolipoma del filum terminale. Impresiona existir alteración en la morfología de arco posterior **sacro** con defecto en la **lámina** izquierda de (al menos) S1. **Escoliosis** lumbar. Rectificación de la **lordosis** lumbar fisiológica. Cambios degenerativos osteodiscales en nivel L4-L5.

Diagnóstico diferencial

El **síndrome de Russell Silver** se puede añadir a los diagnósticos diferenciales del síndrome de médula anclada.

Tratamiento

La técnica quirúrgica varía según la situación concomitante; el fin es liberar la médula, las raíces y el filum terminale de adherencias a la malformación asociada o de las cicatrices quirúrgicas previas.

Complicaciones

Reanclaje medular

1)
Osborn AG. Columna vertebral y médula espinal. En: Neuroradiología diagnóstica. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 785-815.

From:
<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=medula_anclada

Last update: **2020/09/22 11:35**



