

Hospital Docente "Eusebio Hernández"

Siringomielia y embarazo. Experiencia en el hospital docente " Eusebio Hernández"

Dr. Algimiro Sabina Yturralde,¹ Dr. Ramón Coronado Mestre,² Dra. Teresa Pino García,¹ Dra. Lázara Ortega Figueroa² y Dr. Miguel Lugones Botell³

RESUMEN

Se realizó el diagnóstico de siringomielia mediante el estudio de resonancia magnética nuclear en 2 gestantes que ingresaron en el hospital docente "Eusebio Hernández" con sintomatología neurológica variada. Se realizó cesárea en ambas al término de la gestación. Se realizan comentarios respecto a esa entidad, que en nuestro caso estuvo asociada con el embarazo.

Palabras clave: Siringomielia, embarazo.

La siringomielia es un trastorno en el cual se forma un quiste dentro de la médula espinal. Este quiste se conoce como *siringe* o *syrix*.¹ Con el tiempo el *syrix* se expande y se alarga, destruyendo el centro de la médula espinal² y como la médula espinal conecta el cerebro con los nervios de las extremidades , este daño causa dolores, debilidades y rigidez en la espalda, los hombros, los brazos o las piernas.³⁻⁴

Otros síntomas pueden incluir dolores de cabeza y pérdida de la capacidad de sentir calor o frío extremos, especialmente en las manos. Cada paciente tiene una combinación distinta de síntomas.⁵

Generalmente se consideran 2 formas de siringomielia: en una el trastorno se debe a la anomalía congénita del cerebro llamada malformación de Chiari (nombre del médico que la descubrió), que se registra durante el desarrollo fetal y provoca que la parte más baja del cerebro protruya desde su localización natural (fosa posterior) hacia la posición superior del canal espinal cervical; en la otra, la denominada siringomielia comunicante, la cavidad se desarrolla en la región cervical de la médula, como resultado de un trauma, entre otros.⁶

Otros trastornos más comunes comparten los síntomas iniciales de la siringomielia.⁷ En el pasado se dificultaba el diagnóstico, sin embargo, el surgimiento de una prueba ambulatoria llamada resonancia magnética nuclear ha aumentado notablemente el número de casos de siringomielia diagnosticados en las etapas iniciales del trastorno.⁸

Cerca de 21 mil hombres y mujeres en Estados Unidos padecen de siringomielia y sus síntomas comienzan generalmente al inicio de la edad adulta. Estos tienden a desarrollarse lentamente, aunque puedan iniciarse repentinamente al toser o hacer alguna fuerza.⁹ Si no se trata quirúrgicamente, la siringomielia a menudo conduce a una debilitación progresiva en los brazos y las piernas, pérdida de sensación en las manos y dolores crónicos y severos.¹⁰

Presentación de los casos

Paciente M.A.V. HC: 615518 de 35 años de edad, raza blanca, historia clínica obstétrica de gesta-3, para-2, aborto-0, fumadora y antecedentes patológicos familiares de padre cardiópata.

El 6-9-03 con tiempo de gestación de 25 semanas llega al cuerpo de guardia refiriendo dolor en la pierna izquierda que le dificulta la marcha. Refiere que hace 2 meses el dolor era en la pierna derecha, presenta además dolor en la región lumbar y mareos.

Es valorada por Medicina Interna a quién la paciente refiere que hace 2 meses tuvo dolor en toda la columna que posteriormente desaparece y comienza con calambres y dificultad para caminar; que al caerle agua nota calor intenso y contractura del miembro inferior izquierdo.

Al examen físico se nota una marcha antálgica con dificultad para apoyar el miembro inferior izquierdo, hipoestesia y disminución de la fuerza muscular en ese miembro.

Impresión diagnóstica de polineuritis aguda. Se orienta tratamiento con analgésicos y vitaminoterapia .

El día 12-8-03 la paciente refiere sentirse mejor y se le da el alta con seguimiento en consulta.

El día 2-10-03 tiene su segundo ingreso para estudio por síndrome extrapiramidal con sospecha de enfermedad expansiva de la médula ósea. Se indica resonancia magnética nuclear.

Resultado de la resonancia magnética

Informe: en cráneo, no se definen alteraciones. Columna cervical: Se observa imagen intramedular a la altura de D4 - D6 que ensancha la médula.

Tumor v/s siringomiela.

Evolución

Es valorada por Neurocirugía quién decide mantener tratamiento conservador hasta el término del embarazo y realizar cesárea.

La paciente reingresa con tiempo de gestación de 39 semanas y se realiza cesárea, recién nacido de 2600 g de peso, femenino, con Apgar 9/9, liquido amniótico claro.
Puerperio quirúrgico sin complicaciones , es dada de alta el día 18-12-03.

Paciente M.F.C . HC: 620110 de 22 años de edad , raza blanca, historia clínica obstétrica de gesta 2 para 0 abortos¹, sin antecedentes patológicos personales ni familiares.

El 19-2-04 con tiempo de gestación de 31 semanas llega al cuerpo de guardia refiriendo dolor en el cuello, que hace 3 días comenzó el dolor en las manos y luego se extendió al cuello y espalda, acompañado de adormecimiento. Se ingresa con el posible diagnóstico de hernia discal, es valorada por Medicina interna a quien la paciente refiere que hace varios días comenzó con calambres en miembro superior izquierdo y este fue ascendiendo hasta el hombro y posteriormente a hemicuerpo izquierdo asociado con el dolor cervical .

Al examen físico se encontró reflejos osteotendinosos aumentados en ambos miembros superiores, alteraciones en la sensibilidad en miembro inferior izquierdo. Se orienta tratamiento con analgésicos, vitaminoterapia y se indica resonancia magnética nuclear.

Resultado de la resonancia magnética

Se visualiza inversión de la lordosis cervical. Imagen hipointensa intramedular a nivel de C6 (hematoma en evolución) . Gran cavidad siringomiélica que se extiende desde C2 hasta D2.

Evolución

La paciente mejoró su sintomatología y el 20-4-04 con tiempo de gestación de 39 semanas se realiza cesárea, recién nacido femenino 3700 g de peso, Apgar 9/9, liquido amniótico meconial.
Puerperio quirúrgico normal, alta el día 24-4-04.

DISCUSIÓN

Como hemos expuesto, la experiencia en nuestro centro de esta enfermedad neurológica y su asociación con el embarazo es de solamente 2 casos. La evolución de ambos fue favorable, no tuvieron complicaciones durante el embarazo y al final del mismo se obtuvieron recién nacidos de buen peso y Apgar.

La Asociación Americana de Neurocirugía recomienda el parto por cesárea en estos pacientes, lo que evita así el agravamiento neurológico que a estas mujeres pudiera ocasionarles el trabajo de parto y el esfuerzo del periodo expulsivo del feto.²

Por otra parte, se han reportado malformaciones congénitas en recién nacidos de embarazadas con

siringomielia³⁻⁵, en nuestros 2 casos no fue así.

Pensamos que con la utilización de la resonancia magnética nuclear en embarazadas con síntomas similares, el diagnóstico de siringomielia en este estado, pueda ser detectado y tratado más precozmente .

Summary

Syringomyelia and pregnancy. Experience in “Eusebio Hernández” Teaching Hospital

The diagnosis of syringomyelia was made by studying the nuclear magnetic imaging in 2 pregnant women that were admitted in “Eusebio Hernández” Hospital with a varied neurological symptomatology. Cesarean section was performed in both women at the end of gestation. Comments were made on this entity that in our case was associated with pregnancy.

Key words: Syringomyelia, pregnancy.

Referencias bibliográficas

1. Armonía. RA, Quantitative cine-mode magnetic Resonance imaging of Chiari I Malformations: an analysis of cerebrospinal fluid dynamics. Neurosurgery; 1994; 35:214.
2. Baldmir N. Malone D, Posttraumatic Syringomyelia, en Syringomyelia and the Chiari Malformation Neurological Topics, the American Association of Neurological Surgeons. 5 ed, New York: McGraw-Hill, 1997. 915-25.
3. Batzdorf M. Chiari I. Malformation and Hydromyelia. Youmans JR, Neurological Surgery. 4 ed, New York: McGraw-Hill, 1996. 1090-1105.
4. Clio KH, Imasaki, Imamura H, Experimental model of posttraumatic syringomyelia: The role of adhesive arachnoiditis in syrinx formation Journal Neurosurgery 1994 ;10 :80-133.
5. Imasaki Y, Hilda K, Reevaluation of syringosubarachnoid shunt for Syringomyelia with Chiari Malformation. Neurosurgery 2000; 46 (2): 407.
6. Williams B, Management Schemes for Syringomyelia: Surgical Indications and Nonsurgical Management en: Syringomyelia and the Chiari Malformations, Neurosurgical Surgeons. 29 ed. New York: McGraw-Hill, 1997: 243.
7. Valdivia F, Siringomielia. Revista Chilena de Neurocirugía 1994; 8 (12): 42 .
8. Piper J, Meneses A, The relationship between Syringomyelia and the Chiari Malformation en: Syringomyelia and the Chiari Malformation, Neurosurgical Topics, The American Association of Neurological Surgeons. 12 ed. New York : McGraw-Hill, 1997:28.
9. Samii M, Klekamp J , Surgical results of 100 intramedullary tumours in relation to accompanying Syringomyelia, Neurosurgery; 1994; 35: 865.
10. Zeidriana S., McCormick, Elbogen R, Syringomyelia. Associated with Intracranial Neoplasms,

En: Syringomielia and the Chiari Malformations, Neurosurgical Topics, The American Association of Neurological Surgeons, 4 ed; New York, McGraw- Hill, 1997: 814.

1 Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente.Hospital Docente" Eusebio Hernández".

2 Especialista de I Grado en Medicina Intensiva Instructor. Hospital Docente "Eusebio Hernández".

3 Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.Policlínico Docente "26 de Julio". Playa.