



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/76 - IMPOSIBILIDAD PARA DEAMBULACIÓN

J. Parra Jordán^a, S. Pini^b, R. López Sánchez^c, A. Azagra Calero^d, E. Abreut Olsen^e y G. Rosario Godoy^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años remitido desde Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) por sospecha de compresión radicular. No alergias medicamentosas. Exfumador 80 paq-año, HTA. No intervenciones quirúrgicas. Historia oncológica: carcinoma epidermoide de pulmón izquierdo T2N0M0 (Dic 2014) tratado con QT-RT con respuesta completa y sin evidencia de recidiva actual. Adenocarcinoma pancreático con afectación ganglionar en hilio hepático (diciembre 2015) que realizó tratamiento con QT. En TC corporal de junio 2016 se evidencia progresión de la enfermedad por lo que dado ausencia de respuesta y ECOG 3, se suspende QT. Desde entonces en seguimiento por UCP. Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, morfina 2% (20 mg/ml). Inyectable: subcutánea 1,5 si precisa máximo cada 4 horas, fentanilo parche 200 µg/72h, lactulosa 10 g sobres s/p, dexametasona 4 mg cada 8h, paracetamol 1g cada 8h, lormetazepam 2 mg, furosemida 40 mg VO. Historia actual: remitido desde UCP a Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de dolor lumbar con pérdida de fuerza en ambas extremidades, de predominio derecho. Imposibilidad para la deambulación. No incontinencia de esfínteres. Se deriva para radiología urgente y se administra bolo de 16 mg de dexametasona IV.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 75 kg, talla 170 cm, Índice de Karnofsky (IK) 70. Exploración neurológica a destacar: fuerza EID 2/5. Hipoestesia en EID. Fuerza EII 3/5. Reflejos patelar y aquileo abolidos bilaterales. Resto de examen físico no destacable. TAC columna lumbo-sacra: masa de aspecto sólido que afecta a la porción lateral derecha del cuerpo vertebral de L4 y el pedículo ipsilateral, con un tamaño de 3,2 × 3,9 × 1,9 cm (transverso, anteroposterior, craneocaudal), que se extiende a través del agujero de conjunción L4-L5 condicionando efecto infiltrativo/compresivo sobre la raíz emergente L4 derecha y a partes blandas adyacentes, que en el contexto del paciente sugiere origen metastásico. Voluminosa masa mal definida en cabeza pancreática y numerosas adenopatías/conglomerados adenopáticos retroperitoneales en relación con los antecedentes neoplásicos del paciente.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide de pulmón izquierdo. Adenocarcinoma pancreático estadio IV. Compresión radicular derecha en L4 metastásico.

Diagnóstico diferencial: Infiltración tumoral de tejidos blandos. Fractura patológica.

Comentario final: Tras valoración del caso en sesión multidisciplinar (oncología/radioterapia/paliativos) se decide tratamiento radioterápico en 7 sesiones. Luego de las sesiones de RT el paciente es dado de alta con mejoría clínica neurológica de ambas extremidades, pudiendo regresar a su estado basal funcional. Dentro de las urgencias en atención paliativa se encuentra la compresión medular. Es muy importante informar al paciente y a la familia del pronóstico y posibilidades de tratamiento para consensuar una decisión, ante la sospecha clínica la primera opción será remitir a urgencias para confirmación de estudio radiológico y tratamiento urgente radioterápico. Si $IK < 40$ puede plantearse tratamiento farmacológico domiciliario como primera opción, éste no fue el escenario en nuestro paciente. Si optáramos por tratamiento farmacológico sintomático podemos usar un bolo IV de 16 mg de dexametasona y luego 4-8 mg/6h por 3 días, después reducir 2 mg cada 3 días y/o proseguir con dosis de mantenimiento.

Bibliografía

1. Rades D, Rudat V, Veninga T, Stalpers LJ, Basic H, Karstens JH, Hoskin PJ, Schild SE. A score predicting posttreatment ambulatory status in patients irradiated for metastatic spinal cord compression. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008;72(3):905.
2. Rades D, Fehlauer F, Schulte R, Veninga T, Stalpers LJ, Basic H, Bajrovic A, Hoskin PJ, Tribius S, Wildfang I, Rudat V, Engenhart-Cabilic R, Karstens JH, Alberti W, Dunst J, Schild SE. Prognostic factors for local control and survival after radiotherapy of metastatic spinal cord compression. *J Clin Oncol.* 2006;24(21):3388.
3. Hird A, Chow E, Zhang L, Wong R, Wu J, Sinclair E, Danjoux C, Tsao M, Barnes E, Loblaw A. Determining the incidence of pain flare following palliative radiotherapy for symptomatic bone metastases: results from three Canadian cancer centers. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;75(1):193.