



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1361 - TODOS LOS TRATAMIENTOS SON DAÑINOS, AUNQUE ALGUNOS MÁS... LA RADIOTERAPIA

A. Portela Martín^a, F. García Martín^b e I. Ruiz Larrañaga^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa- Parque Alameda. Valladolid.

^bAdjunto Servicio de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años, con antecedentes personales de carcinoma ductal infiltrante de mama tratado con tamoxifeno y radioterapia en 2012 y adenocarcinoma de pulmón tratado con quimioterapia y radioterapia en 2015. Acude a servicio de urgencias hospitalarias por debilidad generalizada y disestesias en ambas extremidades inferiores, así como hipoestesia a nivel perianal e inestabilidad para la marcha, que han comenzado y han avanzado progresivamente en los últimos días. No otra sintomatología en la esfera neurológica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: GCS 15, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad de extremidades superiores conservada, balance motor en extremidad inferior izquierda 4/5 y en extremidad inferior derecha 5/5, sensibilidad sin alteraciones. Reflejos osteotendinosos vivos. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Analítica de sangre: sin alteraciones, excepto PCR 23. Analítica de orina: incontables leucocitos, nitritos positivos, bacteriuria aislada. Radiografía de tórax: sin alteraciones. TC: sin cambios respecto a los previos. RM: no se observan signos de compresión medular. Próximo a lesión irradiada (D3), se observa discreto edema medular en relación con posible mielitis probablemente secundaria a radioterapia.

Juicio clínico: 1) Mielopatía crónica post-radioterapia D1-D5. 2) Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. 3) Adenocarcinoma lóbulo medio pulmón derecho. 4) Infección del tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial son todas las causas de mielopatía, como pueden ser déficit de vitamina B12 o esclerosis múltiple entre otras, pero fundamentalmente en el caso que nos ocupa ha de hacerse diagnóstico diferencial con la compresión medular por metástasis. También ha de realizarse diagnóstico diferencial con la radionecrosis, con la mielopatía subaguda y transitoria y con cualquier tipo de plexopatía.

Comentario final: Ante la sintomatología de la paciente, la primera sospecha diagnóstica es la extensión metastásica del tumor, pero ante la falta de lesiones en el TC, se decide estudio por RM. La evolución de la paciente ha sido progresiva (pérdida de control de esfínteres y dificultad en la deambulación) sin remitir la sintomatología en ningún momento, aunque sí mejorando con la terapia corticoidea. La mielopatía crónica progresiva es una complicación poco frecuente (< 1%) pero de curso progresivo e irreversible. Aparece normalmente entre los 6-12 meses tras la radioterapia y el

principal factor de riesgo es la dosis empleada.

Bibliografía

1. Dorfman et al, 1982.
2. Montero et al, 2005.

Palabras clave: *Mielopatía crónica. Radioterapia.*