



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2304 - PARAPLEJÍA, CONSECUENCIA DE UNA CATÁSTROFE VASO-OCCLUSIVA

A.R. Abril Gamboa^a, N.V. Bazante Almeida^a, J.J. Santos García^a, M. Ascorbe García^b, J. Ginesta Gil^c y P. González Badillo^d

^aMédico Residente; ^cMédico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. ^dEnfermera Residente de Familia. CAP Bages. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 73 años, MPOC, ACxFA, HTA, DLP, cardiopatía, aneurisma aorta abdominal, acude a ambulatorio por disnea, desaturación (88%) y TA: 210/105, tras furosemida, captopril, es derivado a hospital como edema agudo de pulmón, allí con VMNI, diuréticos, vasodilatadores es resuelto, siendo alta. Tras 24 horas, reconsulta al ambulatorio por paresia y paraplejía. Extremidad inferior derecha 0/5, izquierda 1/5, hipoestesia algésica y profunda, reflejos plantares indiferentes, pulsos débiles, se solicita valoración por Neurología y Traumatología, TAC y RMN, descartando mielopatía, sugieren necrosis avascular de cuerpos vertebrales (Kümmel) vs isquemia medular. Cirugía Vasculat solicita angioTAC, demostrando: aneurisma trombosado; oclusión de iliacas y fémoro poplíteo. Reinterrogando, explica claudicación intermitente. Desestimada trombectomía (ASA V) se recomienda descoagulación. Evolución desfavorable complica con hematuria, ICC, insuficiencia renal, finalmente exitus.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 8,8 g/dL, leucocitos $12,2 \times 10^9/L$, troponina-I 106,74 ng/L. TAC-columna: protrusiones discales L3-L4 y L4-L5, Raquiestenosis L3-L5. Acuñaamientos anteriores D10-D12, L1 y L3. RMN-columna: espondiloartropatía y discopatía degenerativa dorso-lumbar. Fracturas osteoporóticas subagudas-crónicas. Hallazgos en D10, D11, L1 y L3 sugestivos de necrosis avascular. EMG: polineuropatía de DM., no afectación de placa, descartando Guillán Barré o degenerativa aguda. AngioTAC-aorta: aneurisma trombosado aorta-abdominal infrarrenal; estenosis progresiva y oclusión en origen ilíaca común izquierda. Ateromatosis iliacas bilaterales graves y femoropoplíteo avanzada.

Juicio clínico: Dados los antecedentes y patología vascular se orienta como síndrome de Leriche.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Kümmel, síndrome de Leriche, espondilodiscitis, neoplasia, mielopatía transversa. Paraplejía isquémica. Radiculopatía periférica. Guillán-Barré, Polineuropatía diabética.

Comentario final: Paciente pluripatológico con cuadro respiratorio, que pone de manifiesto cuadro neurológico, con plejía dolorosa, valorado por traumatología, neurología, inicialmente se sospechaba de trastorno compresivo medular o isquémico, solicitando pruebas innecesarias y radiológicamente orientado como Kümmel, pero, por antecedente aneurismático termina diagnosticándose de síndrome de Leriche. Este caso de difícil evaluación por anamnesis y examen físico, requiere

perspicacia por el facultativo.

Bibliografía

1. Akhaddar A, Eljebbouri B, Saouab R, Boucetta M. Acute paraplegia revealing Leriche syndrome. *Intern Med.* 2012;51:981-2.
2. Elegbe O, Wickremaratchi M, Hinchcliffe M. The patient with acute paraplegia: a problem-based review. *Acute Med.* 2011;10:40-4.
3. Freedman BA, Heller JG. Kummel disease: a not-so-rare complication of osteoporotic vertebral compression fractures. *J Am Board Fam Med.* 2009;22:75-8.

Palabras clave: *Leriche. Trombosis. Paraplejia. Kümmel. Mielopatía.*