



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1354 - EL PRINCIPIO DE LA "NAVAJA DE OCKHAM"

F. González Martínez¹, E. Martínez Martínez², L. Cazalla Romero³ y F. Bravo Ábalos⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años con hipertensión arterial sin tratamiento y hernioplastia, sin alergias medicamentosas conocidas. Profesión: tiro al plato. El paciente acudió a consulta refiriendo cefalea matutina opresiva (occipital y frontal) de unas 10 horas de evolución (que no había cedido tras analgesia habitual) asociando malestar general y adormecimiento con sensación de hormigueo a nivel de la mano derecha, brazo derecho y región pectoral homolateral. Negaba sensación febril u otra clínica asociada de cualquier índole, salvo un episodio similar en pie derecho hace meses, que achacó a calzado compresivo.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: alerta. Orientado. Lenguaje normal. PINR. MOE sin limitaciones. Facial centrado. Sistema motor: Sin claudicación en Barré. Balance conservado en MMSS. ROT exaltados de forma generalizada. No alteraciones motoras reseñables. Afectación sensitiva superficial derecha desde C5-T3. Maniobra dedo-nariz no patológica. Romberg no lateraliza. Marcha estable. Analítica: único destacable CK 250. Radiografía de columna cervical: correcta alineación de cuerpos vertebrales. No se aprecia pinzamiento ni línea de fractura. TAC craneal sin contraste: no se objetivan imágenes de sangrado intraparenquimatoso ni extraaxial. Discreta hipodensidad de la sustancia blanca de ambos hemisferios cerebrales de perfil isquémico-hipertensivo crónico. Sistema ventricular de tamaño normal y centrado en la línea media.

Orientación diagnóstica: Posible mielitis cervical en el contexto de enfermedad desmielinizante sin poder descartar patología radicular cervical.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Scheuermann. Esclerosis múltiple. Espondilosis vertebrales. Infecciosas. Tumoraes. Trastorno conversivo. Traumatismos, otras.

Comentario final: Finalmente, el paciente fue valorado en HURS por el neurólogo de guardia que decidió ingreso del paciente a su cargo para filiar patología. RMN cráneo-cervical: la médula cervical presenta una morfología e intensidad de señal normales sin signos de mielopatía. En resumen, no se objetivan hallazgos destacables en parénquima cerebral, identificándose en columna cervical la presencia de fenómenos degenerativos discovertebrales en los espacios C5-C6 y C6-C7, con presumible compromiso foraminal de la raíz C6 derecha. Tras el alta de hospitalización de

Neurología el paciente pasó a seguimiento por el Médico de Atención Primaria y Neurocirugía.

Bibliografía

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison principios de Medicina Interna, 20ª ed. Ciudad de México, McGraw-Hill, 2018.

Palabras clave: Mielitis. Radiculopatía. Desmielinizante.