



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/729 - DOCTORA, NO ME INGRESE, POR FAVOR

A. Berné Palacios<sup>1</sup>, C. Piñana Alonso<sup>2</sup>, M. López Posada<sup>3</sup> y M. Torres Remirez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. <sup>2</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años, obeso, fumador e hipertenso recientemente diagnosticado y tratado con telmisartán 40 mg. No alergias conocidas. Acude a Urgencias por dolor dorsolumbar mecánico de un mes de evolución que irradia “en cinturón” a tórax provocando opresión y disnea de mínimos esfuerzos. El dolor aparece indistintamente con el esfuerzo y el reposo. No antecedente traumático ni sobreesfuerzo físico. No clínica infecciosa. No fiebre. 8 días después, reconsulta por dolor refractario a analgesia e irradiación del mismo como una “descarga eléctrica” a ambas extremidades inferiores (EEII) tras tos. Dificultad para la bipedestación y la marcha con disminución de fuerza e hipoestesia en EEII de 24 horas de evolución que va en aumento. No alteraciones esfinterianas.

**Exploración y pruebas complementarias:** 1ª consulta: TA 117/76. FC: 86 lpm. SatO<sub>2</sub> (basal): 96%. Tª: 36,2 °C. Disnea conversacional. No descompensación cardíaca ni pulmonar. Abdomen anodino. Dorsalgia bilateral irradiada a parrilla costal. Flexión, extensión y lateralizaciones de tronco dolorosas. Analítica de sangre (1): PCR 5,33, L 13.400 (55,7% N), DD 1.144. Troponinas y proBNP negativos. ECG, Rx tórax normales. Rx columna (C-D-L): aplastamientos vertebrales en contexto de edad y artrosis. AngioTAC torácico: ganglios mediastínicos inespecíficos. 2ª consulta: ¿Fenómeno de L’Hermitte? Imposibilidad para la deambulación e hipoestesia cuádriceps. Analítica de sangre (2): PCR 6,42, L 10.400 (88% N). RMN medular: lesiones óseas en D3, D11 y L4 sugestivas de metástasis. Área de mielopatía compresiva (D2-D3 y D3-D4). BodyTAC normal. GGO: imágenes radiolúcidas en calota craneal. Biopsia ósea: neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadenas ligeras kappa.

**Orientación diagnóstica:** Compresión medular por fractura metastásica de D3 en contexto de plasmocitoma óseo con mieloma múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia. TEP. SCA. Síndrome aórtico agudo. Pancreatitis.

**Comentario final:** El síndrome medular agudo supone un reto médico ya que se trata de una urgencia neurológica y oncológica cuyo pronóstico depende de la rapidez con la que se identifique, se confirme el diagnóstico y se inicie el tratamiento ya que una vez perdida la capacidad de deambulación, esta no suele recuperarse.

## **Bibliografía**

1. Hernández Ochoa J, et al. Medullary Compression Syndrome in Oncological Diseases Patient. Correo Científico Médico. 2015;19:85-97.

**Palabras clave:** Compresión medular espinal. Diagnóstico precoz. Mieloma múltiple.