



352 - LIPOMATOSIS EPIDURAL SECUNDARIA A CORTICOTERAPIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE EVANS

M.A. Saavedra Vásquez¹, B. Ramos Bachiller¹, M. Antequera González¹, L. González Roza¹, E. González Arnaiz¹, M. Mora Sitja², M. Sanz Fernández², L. Carrascon González-Pinto² y A.M. Urioste Fondo¹

¹Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Pediatría y Áreas Específicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción: La lipomatosis epidural (LE) es una entidad que consiste en un depósito excesivo de tejido adiposo en el espacio epidural del canal espinal con compresión medular progresiva. Se ha descrito como causa principal el uso de esteroides exógenos (EE). Se describe un caso de LE secundaria a uso EE.

Caso clínico: Varón de 15 años que es diagnosticado de Síndrome de Evans por lo que se instaure terapia con prednisona (2 mg/kg/día) sin permitir descenso de dosis por recurrencia. A los 3 meses, inicia gonalgia bilateral con limitación funcional asociado a lumbalgia intensa progresiva irradiada a raíz de miembros que dificulta la deambulación. Se decide ingreso para estudio y manejo del dolor. A la exploración física refiere dolor a la palpación de la musculatura paravertebral bilateral. Fuerza de 4/5 a nivel proximal y 5/5 a nivel distal en las 4 extremidades. Sensibilidad normal. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Marcha muy limitada por el dolor. Se realiza resonancia magnética (RM) de columna que muestra LE que condiciona una estenosis del canal raquídeo dorsolumbar, siendo mayor el compromiso de espacio en el segmento L4-S1 (con médula y cono intactos). Descartando otras causas, el cuadro es catalogado como una LE secundaria a EE. Se decide multidisciplinariamente tratamiento conservador (analgesia y rehabilitación) asociando a terapéutica micofenolato de mofetilo que permite descenso progresivo de corticoterapia hasta la suspensión de la misma a los tres meses, sin incidencias. Presenta una evolución favorable con franca recuperación funcional y del eje suprarrenal.

Discusión: La LE es poco frecuente, pero es importante sospecharla en pacientes tratados con EE y síntomas compatibles (dorso lumbalgia, debilidad en extremidades inferiores). La mejor prueba diagnóstica es la RM. Nuestro paciente mejoró con tratamiento conservador, sin embargo, hay casos en los que es necesaria una descompresión quirúrgica de la médula.