



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2140 - YO PENSABA QUE ESTE DOLOR ERA UNA CIATALGIA

B. Artola Garrido^a, M.G. Gámiz Soto^b, Á. Hurtado de Mendoza Medina^c y A.M. Gómez Rincón^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias y UGC. Sevilla. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 39 años con AP de 2 episodios de neumotórax espontáneo. Exfumador. Apendicectomizado y colecistectomizado. Consulta en urgencias por dolor de carácter quemante en región coccígea y perineal con irradiación a través de cara posterior de muslos, dándose de alta tras analgesia IV con diagnóstico de ciatalgia aguda. Al día siguiente vuelve a consultar en urgencias por incapacidad para movilización de MMII junto con alteración de la sensibilidad e imposibilidad para la micción. Clínica catarral en los 10 días previos.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias inicialmente se detecta balance motor en MMSS 5/5 y en MMII paraplejia flácida y arrefléxica así como abolición de sensibilidad algésica y térmica e hipoestesia táctil con nivel D4. Toda la clínica simétrica y bilateral. RCP indiferentes. REM presentes y simétricos en MMSS. Consciente y orientado en las tres esferas. PINLA, MOEC, Pares craneales explorados normales. Campimetría por confrontación normal. Lenguaje conservado y coherente. EKG, hemograma, bioquímica, gasometría venosa y coagulación normales. Elemental de orina normal. Se realiza sondaje urinario. RMN de cráneo sin hallazgos patológicos. Se solicita RMN urgente que pone de manifiesto imagen hiperintensa desde T4 hasta L1, sospechándose posible mielopatía transversa aguda viral vs isquemia/infarto medular vs sd. Guillain-Barré. Se realiza punción lumbar con LCR normal. Cultivo/antibiograma negativos y se inicia tratamiento con corticoterapia a altas dosis en urgencias sin clara mejoría. Se decide ingreso en Neurología para continuar estudio. 2º RMN columna: similar a la previa. Angio TC de aorta abdominal y bifurcación iliaca: normal. Estudio de autoinmunidad normal, serología virus en sangre periférica, hemocultivos normales.

Juicio clínico: Síndrome medular transverso incompleto por isquemia de arteria espinal anterior. El paciente no mejoró su clínica durante el ingreso a pesar de tratamiento intensivo con corticoides y AAS. Durante el ingreso además se confirma la presencia de vejiga neurógena con necesidad de sonda permanente e intestino neurógeno. En la actualidad permanece en estado de paraplejia a nivel de D4 en seguimiento por la Unidad de Lesionados Medulares Subagudos.

Diagnóstico diferencial: Mielitis transversa aguda. Sd. Guillain-Barré. Lesión medular compresiva.

Comentario final: Ante un cuadro de estas características, lo primero será diferenciar si realmente nos encontramos ante un proceso medular, ya que es fácil confundirlo con un cuadro del sistema nervioso periférico, tipo sd. de Guillain- Barré que también presenta una rápida alteración sensitivo motora de predominio en MMII. Una vez confirmemos un verdadero cuadro medular, el diagnóstico debería centrarse en descartar procesos ocupantes de espacio. Las primeras pruebas a realizar serán RMN y punción lumbar para análisis de LCR. Otro cuadro a descartar sería la mielitis transversa aguda que como criterios diagnósticos presentaría: alteración sensorial, motora o autonómica atribuible a la médula espinal, signos y/o síntomas bilaterales, Nivel sensitivo evidente, exclusión de etiologías extraaxiales por neuroimagen (no válida la TAC), progresión hasta máxima lesión entre 4 horas y 21 días e inflamación en la médula espinal (demostrada por pleocitosis o elevación de IgG o captación con gadolinio). Por último y como casos más infrecuentes deberíamos descartar embolismo fibrocartilaginoso (tras aumento de presión intratorácica o abdominal), mielopatía tras radiación o mielopatía paraneoplásica.