



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2556 - ALGO MÁS QUE UNA LUMBALGIA

C. Sánchez Pérez^a, M.J. Conesa Espejo^a, C. Sánchez-Vizcaino Buendía^b, M. García Aroca^c, E.M. Fernández Cueto^d, E.R. Schmucke Forty^e, A. Palacio Liñares^f, A. Plazas Miñarro^g y J.J. Guerras Conesa^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^bFacultativo Especialista del Área de Neurología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años que acude a nuestra consulta por lumbalgia de unos días de evolución, exploración sin hallazgos se pauta analgesia domiciliaria. A la semana vuelve por empeoramiento refiere características inflamatorias se pide analítica y radiografía siendo normales, se le pide RMN por la persistencia y características del dolor. A los días acude esta vez además por cefalea y diplopía binocular, se realiza fondo de ojo observándose edema de papila por lo que se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Fondo de ojo: edema de papila bilateral. Miembro inferior izquierdo: monoparesia crural. Reflejos rotulianos y aquíleos abolidos. Hipoaestesia táctil/crural. Hipoaestesia distal. Resto normal. Bioquímica, hemograma, marcadores inflamatorios, marcadores tumorales, anticuerpos y serologías negativos. Punción lumbar: líquido xantocrómico, proteínas 6.476. TAC craneal, angioTAC venosa y RMN craneal normal. RMN columna: carcinomatosis leptomeníngea/metástasis meníngeas con mielopatía secundaria. TAC tórax, abdomen y pelvis normal. PEC-TAC: acúmulo difuso a nivel de medula sobre todo dorsal y lumbar, últimas cervicales, cauda equina y sacro, a nivel cerebral tres depósitos a nivel frontal izquierdo y ambos temporales, no evidencia de enfermedad macroscópica en otra localización.

Juicio clínico: LOE leptomeníngea panmedular y carcinomatosis leptomeníngea medular y cerebral.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia inflamatoria. Radiculopatía. Tumor cerebral...

Comentario final: Nuestra paciente fue ingresada a cargo de neurología para estudio donde se realizaron las pruebas anteriormente descritas y ante resultados se decide traslado a hospital de referencia para ingreso a cargo de neurocirugía y realización de biopsia de lesión con anatomía patológica de ependimoma. Tres días después de la cirugía la paciente presenta empeoramiento clínico progresivo con cefalea, náuseas y desconjugación de la mirada con grave alteración de la motilidad ocular extrínseca bilateral. Se realiza RMN donde se observa realce pial troncoencefálico y pares craneales de base cráneo compatible con diseminación leptomeníngea intracraneal, persiste

empeoramiento y dos días después se produce parada cardiorrespiratoria y exitus de la paciente.

Bibliografía

1. Posadas Narro G, Vaquero Crespo J, del Pozo García JM, Bravo Zabalgoitia G. Ependimomas anaplásicos intraventriculares. Neurocirugía. 1994;5:32-6.
2. Manterola A, Romero P, Martínez M, et al. Carcinomatosis meníngea. Servicio de Oncología Radioterápica. Mayo 2005.

Palabras clave: *Carcinomatosis meníngea. Diplopía. Lumbalgia.*