



## 242/1164 - MIELOPATÍA DORSAL COMPRESIVA SECUNDARIA A CARCINOMA FOLICULAR TIROIDEO METASTÁSICO

T. Segura Úbeda<sup>a</sup>, D. Peñalver Espinosa<sup>b</sup>, M. Cánovas Sánchez<sup>b</sup>, A. Castañeda Pérez-Crespo<sup>c</sup>, B. Sanchís Pardo<sup>d</sup> y M. Cano Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años, en seguimiento por Atención Primaria (AP) y Endocrinología por un nódulo tiroideo frío desde hace más de 30 años. Un año después de la revisión por Endocrinología, el paciente acude a su médico de Atención Primaria por lumbalgia, hipoestesia con nivel en región abdominal y trastorno en la marcha de 20 días de evolución, con empeoramiento progresivo, necesitando antes un bastón y sucesivamente dos muletas. Se deriva a consultas externas de Neurología.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente presenta hipoestesia T-A y parestesia con nivel T9-T10, disimetría en prueba talón-rodilla y marcha atáxica. La RM dorsal muestra metástasis en vertebras dorsales T9 y T10, estenosis del canal raquídeo y mielopatía compresiva en cordón posterior a D9. La clínica evoluciona a una paraplejía, por lo que se pauta dexametasona y se ingresa al paciente para completar el estudio. Horas después, inicia un cuadro de disnea nocturna y desaturación realizándose un angioTAC de tórax con metástasis pulmonares nodulares y linfangitis. Finalmente, y con la ayuda de Anatomía Patológica, se llega al diagnóstico de la neoplasia primaria (carcinoma folicular de tiroides) causante de las metástasis.

**Juicio clínico:** Carcinoma folicular de tiroides metastásico a columna dorsal y pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Mielopatía desmielinizante, infecciosa, neoplásica, paraneoplásica. Mielopatía compresiva infecciosa, neoplásica, espodilótica.

**Comentario final:** Destacar la importancia que tiene el control del médico de AP en pacientes con patología tiroidea, que puede llevar a complicaciones poco frecuentes como el Sd. De compresión medular cuando no se diagnostica ni se trata a tiempo cualquier enfermedad neoplásica.

### Bibliografía

1. Varela Lage C, Alcobendas Maestro M, Luque Ríos I, Esclarín De Ruz A, Talavera Díaz F, Ceruelo Abajo S. Lesión medular en pacientes mayores de 65 años. Rev Neurol. 2015;60:490.

2. Vilar-González S, Pérez-Rozos A, Torres-Campa JM, Mateos V. Compresión medular: aproximación multidisciplinar a una auténtica urgencia neurooncológica. *Rev Neurol.* 2013;56:43-52.
3. Hernández Ochoa J, Fuentes Vega Z, Cruz Portelles A. Comportamiento del síndrome de compresión medular tumoral en los pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin. *CCM Holguín.* 2013;17(3):257-65.
4. Lai SY, Mandel SJ, Weber RS. Management of thyroid neoplasms. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al, eds. *Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.

**Palabras clave:** Carcinoma tiroideo. Mielopatía.