



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4453 - NO SIENTO LAS PIERNAS

F. Pedroche González<sup>a</sup>, F. Pedroche González<sup>a</sup>, M. Montes Beloso<sup>b</sup> y D. Palacios Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 62 años, con antecedente de accidente cerebrovascular en la infancia con hemiparesia derecha residual. No toma medicación de manera habitual. Solicitaba valoración domiciliar por lumbalgia mecánica no irradiada de 4 días de evolución, con pérdida de control de esfínter urinario ese mismo día. También refería pérdida de fuerza en ambos miembros, con incapacidad de la marcha asociada. No fiebre, pérdida ponderal o síndrome constitucional. Había consultados en varias ocasiones al SUMMA 112, quienes pautaron diclofenaco intramuscular, sin mejoría clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Encontramos al paciente con regular estado general, caquético y encamado. En la exploración neurológica destacaban paresia completa y sensibilidad abolida en miembros inferiores (MMII) así como anestesia en silla de montar y ausencia de reflejo cremastérico. También presentaba abolición de los reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo; Reflejo cutáneo plantar extensor en miembro inferior derecho y flexor en el izquierdo. Se realizó tacto rectal, evidenciándose atonía completa del esfínter anal. En cuanto a la exploración de la columna vertebral, presentaba apofisalgias a nivel dorsolumbar con dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar. Dados los síntomas compatibles con síndrome de cauda equina, se derivó a Urgencias, donde realizaron RMN de columna lumbar, visualizándose una gran masa tumoral que afectaba a las vértebras T9-T11, generando importante compromiso del canal medular.

**Orientación diagnóstica:** En un primer momento la clínica del paciente impresionaba de lumbalgia mecánica aguda pero dados los hallazgos en la exploración y la clínica de déficits neurológicos compatibles con síndrome de cauda equina, nuestra orientación diagnóstica fue compresión medular aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Compresión medular secundaria a masa tumoral.

**Comentario final:** Ante los hallazgos y tras valorar las distintas opciones terapéuticas de forma conjunta por los Servicios de Traumatología, Neurocirugía y Oncología, se decidió intervención quirúrgica Urgente, realizándose laminectomía T9-T10-T11. Se tomaron biopsias en el mismo acto quirúrgico, con resultado final de adenocarcinoma de probable origen digestivo (páncreas vs colon), sin evidenciarse tumor primario en el resto de pruebas de imagen realizadas (PET-TC).

## **Bibliografía**

1. Hernández Ochoa J, Fuentes Vega Z. Síndrome de compresión medular en el paciente con patologías oncológicas. ccm. 2015;19(1):85-97.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Compresión medular aguda. Urgencia oncológica.