



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/729 - DOCTORA, NO ME INGRESE, POR FAVOR

A. Berné Palacios¹, C. Piñana Alonso², M. López Posada³ y M. Torres Remirez⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años, obeso, fumador e hipertenso recientemente diagnosticado y tratado con telmisartán 40 mg. No alergias conocidas. Acude a Urgencias por dolor dorsolumbar mecánico de un mes de evolución que irradia “en cinturón” a tórax provocando opresión y disnea de mínimos esfuerzos. El dolor aparece indistintamente con el esfuerzo y el reposo. No antecedente traumático ni sobreesfuerzo físico. No clínica infecciosa. No fiebre. 8 días después, reconsulta por dolor refractario a analgesia e irradiación del mismo como una “descarga eléctrica” a ambas extremidades inferiores (EEII) tras tos. Dificultad para la bipedestación y la marcha con disminución de fuerza e hipoestesia en EEII de 24 horas de evolución que va en aumento. No alteraciones esfinterianas.

Exploración y pruebas complementarias: 1ª consulta: TA 117/76. FC: 86 lpm. SatO₂ (basal): 96%. Tª: 36,2 °C. Disnea conversacional. No descompensación cardíaca ni pulmonar. Abdomen anodino. Dorsalgia bilateral irradiada a parrilla costal. Flexión, extensión y lateralizaciones de tronco dolorosas. Analítica de sangre (1): PCR 5,33, L 13.400 (55,7% N), DD 1.144. Troponinas y proBNP negativos. ECG, Rx tórax normales. Rx columna (C-D-L): aplastamientos vertebrales en contexto de edad y artrosis. AngioTAC torácico: ganglios mediastínicos inespecíficos. 2ª consulta: ¿Fenómeno de L’Hermitte? Imposibilidad para la deambulacion e hipoestesia cuádriceps. Analítica de sangre (2): PCR 6,42, L 10.400 (88% N). RMN medular: lesiones óseas en D3, D11 y L4 sugestivas de metástasis. Área de mielopatía compresiva (D2-D3 y D3-D4). BodyTAC normal. GGO: imágenes radiolúcidas en calota craneal. Biopsia ósea: neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadenas ligeras kappa.

Orientación diagnóstica: Compresión medular por fractura metastásica de D3 en contexto de plasmocitoma óseo con mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. TEP. SCA. Síndrome aórtico agudo. Pancreatitis.

Comentario final: El síndrome medular agudo supone un reto médico ya que se trata de una urgencia neurológica y oncológica cuyo pronóstico depende de la rapidez con la que se identifique, se confirme el diagnóstico y se inicie el tratamiento ya que una vez perdida la capacidad de deambulacion, esta no suele recuperarse.

Bibliografía

1. Hernández Ochoa J, et al. Medullary Compression Syndrome in Oncological Diseases Patient. Correo Científico Médico. 2015;19:85-97.

Palabras clave: Compresión medular espinal. Diagnóstico precoz. Mieloma múltiple.