



P-185 - PROGRESIVAMENTE SIN FUERZAS

S. Giménez Brisach, I.C. Hernández Viña, M. García Galán, M.A. Manzanero Gualda y P. Muñoz Padilla

CS Jávea.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 76 años que acude a su médico de Atención Primaria refiriendo parestesias en ambas manos con pérdida de fuerza. El tratamiento inicial fue analgesia vía oral. En las consultas posteriores ante la ausencia de mejoría se decidió derivar para valoración por Traumatología y Neurología. Tras el empeoramiento progresivo con extensión a las cuatro extremidades y limitación de la movilidad, se deriva a Urgencias Hospitalarias. Respecto a sus antecedentes personales, destaca hipertensión arterial, obesidad, ansiedad, y prótesis de ambas rodillas. No tóxicos. En tratamiento con candersartán/HCT, Adalat Oros, omeprazol, paracetamol y tramadol. A su llegada a Urgencias, consta pérdida de fuerza de las cuatro extremidades con dificultad para la deambulación, sin cambios a lo largo día o durante la actividad. Sensibilidad conservada y sin alteraciones esfinterianas.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, nuca libre y pares craneales conservados. Constantes vitales normales. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Abdomen: globuloso, blando y sin dolor. Disminución de fuerza 3+/5 en los cuatro miembros. Sensibilidad táctil sin alteración. Como pruebas complementarias, se solicitó analítica sanguínea con bioquímica, coagulación y hemograma, sin alteraciones significativas. Electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC de cráneo dentro de la normalidad. Ante la clínica persistente y la ausencia de causa filiada, se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio. Durante su ingreso, se realizó RM cervical y Lumbar, encontrándose mielopatía compresiva a nivel C3-C4, secundaria a moderada-grave estenosis de canal cervical, con grave compromiso radicular en C3-C4, C4-C5 y C5-C6, y severa estenosis de canal espinal en L3-L4. Hallazgos compatibles con los resultados de la electromiografía: polineuropatía sensitivo-motora de predominio desmielinizante y distribución asimétrica.

Juicio clínico: Tetraparesia por mielopatía cervical espondilótica compresiva C3-C4 con estenosis de canal cervical. El manejo inicial fue conservador mediante corticoterapia, siendo el definitivo la descompresión quirúrgica y artrodesis.

Diagnóstico diferencial: Lesiones de primera (corticales, troncoencefálicas y medulares) y segunda motoneurona. Lesiones medulares traumáticas y no traumáticas (compresiones por mielopatía cervical espondilótica, estenosis del canal, neoplasias, inflamaciones (mielitis transversa, sarcoidosis, síndromes paraneoplásicos), infecciones (absceso epidural, virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis, tuberculosis), alteraciones vasculares (infarto de médula espinal,

malformaciones, hematoma epidural), degenerativas (esclerosis lateral amiotrófica, adrenoleucodistrofia, ataxia de Friedreich)).

Comentario final: La mielopatía cervical compresiva es la causa más común de mielopatía en adultos mayores de 55 años, y representa la cuarta parte de las tetraparesias no traumáticas. Su diagnóstico se basa en la clínica, resonancia magnética y electromiografía. No hay consenso sobre las recomendaciones en el tratamiento, siendo la cirugía una opción recomendada.