Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2453

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3886 - ATAXIA TRAS VISITA AL OTORRINOLARINGÓLOGO

C. Sánchez Aranda[a], E. García Cortacero[b], M. Aroza Espinar[c], V. Sotorrío Simó[d] y S. López García[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. [d]Médico de Medicina Interna. Hospital General Básico de Santa Ana. Motril. Granada. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, ictus isquémico en 2007 sin secuelas, adenocarcinoma de recto tratado con cirugía en 2014, gastrectomía secundaria a patología ulcerosa, exhumador desde 2007 y enolismo activo grave. Acude a su centro de salud por cuadro de inestabilidad con incapacidad para la marcha tras visita a Otorrinolaringología por hipoacusia, donde se realizó lavado de cerumen sin complicaciones. No acúfenos o cefalea acompañante, así como cortejo vegetativo. A los días del ingreso, el paciente comienza con pérdida de fuerza en miembros superiores en territorio distal al igual que comenta padecer calambres a nivel cervical que se irradian hacia zona lumbar. Tras los hallazgos de la RMN cervical y la progresión de la clínica, se comenta el caso con Neurocirugía de hospital de referencia, solicitando el traslado para la intervención quirúrgica de forma preferente.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. NRL: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos oculares normales sin nistagmo. Pares craneales conservados, habla no disártrica. Balance muscular y sensitivo conservado. No dismetría ni disdiadococinesia. Marcha lateralizada a ambos lados, sobre todo a la derecha. Romberg positivo. No signos meníngeos. Auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. Analítica: perfil renal y hepático normales. Sin anemia ni leucocitosis. TSH normal. Vit B12 y ácido fólico normales. Serología para lúes negativa. LCR: normal con sexología de virus neurotropos negativas. TAC craneal y RMN craneal: leucoencefalopatía vasculodegenerativa. Lesiones crónicas a nivel paraventricular. Sin lesiones expansivas. RMN cervical: severa espondiloartrosis. Marcada osteoartrosis en las articulaciones de Luschka e interapofisarias posteriores. Discartrosis con pinzamientos. Canal estrecho desde C3 a C6 con mielomalacia compresiva a la altura de C4-C5.

Juicio clínico: Síndrome de compresión medular cervical grave.

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía, déficit de vitamina B12, alcohol, cerebelitis, laberintitis, hidrocefalia, infarto lacunar.

Comentario final: La compresión subaguda aparece en días o semanas. Suele ser causada por un

tumor extramedular metastásico, un absceso, hematoma epidural o un disco herniado cervical, como es el caso de nuestro paciente. Se presenta con clínica de déficit segmentarios o alteraciones de los reflejos.

Bibliografía

1. Rubin, M. Transtornos Neurológicos: Compresión medular. 2017.

Palabras clave: Compresión medular. Ataxia. Debilidad muscular proximal.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.