



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

423/50 - LUMBALGIA E INCAPACIDAD PARA DEAMBULAR EN PACIENTE ANCIANO

M. Gros Alcalde¹, P. Castillo Aguirre², P. Notivol Rubio², C. Ascaso Martorell³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Universitas. Zaragoza, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias Sur. Zaragoza, ³Médico de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 86 años con antecedente de fibrilación auricular, prótesis aórtica y artrodesis L3-S1 por hernias discales. En tratamiento con Acenocumarol. Presenta dificultad a la deambulación desde la artrodesis, aunque mantiene adecuado nivel cognitivo y es autónomo para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Acude a Urgencias por presentar en las 24 horas previas dolor lumbar e imposibilidad para la deambulación y la bipedestación, para la que era capaz previamente, sin antecedente traumático. Se le administra analgesia intravenosa con tramadol, metilprednisolona y diazepam, atribuyendo la debilidad en Extremidades inferiores (EEII) al propio dolor lumbar. El paciente es dado de alta con ligera mejoría del dolor, a pesar de persistir la incapacidad para la deambulación. Se le advierte de que en caso de presentar incontinencia de esfínteres acuda de nuevo a urgencias. Tras 4 horas en domicilio presenta incontinencia urinaria, por lo que solicita de nuevo traslado a urgencias. A su llegada, el paciente presenta importante dolor lumbar por lo que se le administra analgesia IV. Tras 1 hora de analgesia el paciente permanece con idéntica exploración. Se realiza análisis presentando INR de 5,7, por lo que ante la sospecha de hematoma espinal se solicita resonancia magnética (RM) urgente y se administra 1 ampolla intravenosa de vitamina K. Tras realizar RM urgente se solicita valoración por Neurocirugía que decide intervención quirúrgica urgente para drenaje del hematoma revirtiendo previamente la anticoagulación. Tras la intervención, el paciente presenta clara mejoría de la movilidad en EEII y es trasladado a otro centro para su completa rehabilitación.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta plejia casi completa de extremidad inferior derecha (EID) 1/5 y en Extremidad Inferior Izquierda 3/5 con abolición de reflejos rotulianos y aquileos en ambas EEII, además de presentar clara hipoestesia en EID desde nivel aproximado L1-L2. Lasègue negativo. RM urgente: hematoma subdural medular desde D7 hasta L3 con compromiso medular por efecto compresivo del mismo.

Juicio clínico: Nuestro paciente es un anciano pluripatológico, anticoagulado con Acenocumarol, factor determinante para la aparición de un hematoma subdural. A pesar de haber sido intervenido quirúrgicamente con artrodesis, lo que puede justificar la clínica, hay que tener en cuenta la evolución aguda de la debilidad en EEII que imposibilitaba al paciente mantener la bipedestación. Todo ello valorado en conjunto nos debería hacer profundizar en el caso clínico, con una exhaustiva exploración física y pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial: Lumbociática, hernia discal, espondilolistesis, fractura vertebral, hematoma subdural.

Comentario final: El hematoma subdural medular es una entidad neurológica rara. Entre sus etiologías se incluye el tratamiento anticoagulante. A pesar de ser una patología poco prevalente, la aparición de signos de alarma en un paciente con lumbalgia como la incontinencia de esfínteres o la pérdida de fuerza en extremidades, indicaría realizar pruebas de imagen que descartasen procesos infiltrativos de la médula espinal

Bibliografía

Urueña Álvarez P, Ascencio J, Riaño Montañez F. Hematomas espinales [Internet]. Medellin: Luis Ascencio, 2013. Disponible en: <https://arrs.org/>