



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

## 387/106 - LA CERVICALGIA PUEDE SER UNA COSA SERIA

I. García Díaz<sup>1</sup>, M. Giménez Gil<sup>2</sup>, C. Gracia Alloza<sup>1</sup>, L. Molina Campos<sup>3</sup>, L. Salag Rubio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Asturias.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 24 años sin AP de interés, consulta a su médico de atención primaria por comenzar el día anterior, de manera aguda con dolor cervicobraquial acompañado de sensación de adormecimiento de las 4 extremidades, abdomen y región inferior del tórax. Hoy además presenta incontinencia urinaria y déficit sensitivo perineal. Una vez valorada por su médico, se decide traslado para valoración en servicio de urgencias del hospital local.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada la paciente presenta buen estado general y se encuentra eupneica en reposo. La auscultación es normal y el abdomen anodino. En cuanto a la exploración neurológica: PICNR y resto de PC normales. Claudicación distal en ambas manos en Barré. Mingazzinni normal. Debilidad distal en ambas manos de predominio en la musculatura flexora de los dedos (2/5). Hipoalgesia suspendida a nivel T2-T7. Reflejos cutáneo abdominales apagados. Hiperreflexia generalizada más llamativa en lado izquierdo. Babinski bilateral. En urgencias se le realiza TC cerebral resultando este dentro de la normalidad. Una vez ingresada en el servicio de neurología se le realiza RNM de columna cervical donde los hallazgos observados son compatibles con un infarto isquémico medular agudo.

**Juicio clínico:** infarto isquémico medular agudo.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto isquémico medular, síndrome de Guillain-Barré, mielopatía compresiva (hematoma epidural, absceso...).

**Comentario final:** El infarto de la médula espinal es un trastorno raro. Los pacientes suelen presentar paraparesia aguda o cuadriparesia, dependiendo del nivel de la médula espinal afectada. El diagnóstico generalmente se realiza clínicamente, con técnicas de neuroimagen para confirmar el diagnóstico y excluir otras afecciones. El inicio del infarto de la médula espinal suele ser abrupto. En algunos casos, los síntomas progresan durante varios minutos o incluso algunas horas. El dolor de espalda o cuello se ha descrito hasta en el 70% de los pacientes, lo cual suele ocurrir a nivel de la lesión. La presentación clínica más frecuente de un infarto de la médula espinal es el síndrome de la arteria espinal anterior que se manifiesta con una pérdida de la función motora disminución de la nocicepción y termoalgesia. Las etapas agudas se caracterizan por flacidez y pérdida de reflejos tendinosos profundos; La espasticidad y la hiperreflexia se desarrollan en los días y semanas posteriores. Puede haber disfunción autonómica y manifestarse como hipotensión, disfunción sexual y/o disfunción intestinal y vesical. La tasa de mortalidad se sitúa en torno a un 10-20%. Respecto al caso expuesto: al alta la paciente presenta mejoría clínica tras administración de bolos de corticoesteroides.

## Bibliografía

Mullen MT, McGarvey ML. Spinal cord infarction: Clinical presentation and diagnosis. 2018. Uptodate.

Mullen MT, McGarvey ML. Spinal cord infarction: Prognosis and treatment. 2017. Uptodate.