



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

## 387/194 - DOCTORA, NO SIENTO LAS PIERNAS

C. García Rivero<sup>1</sup>, F. Francisco<sup>2</sup>, G. Rijo Nadal<sup>3</sup>, M. Giménez Gil<sup>4</sup>, D. Robaina Cabrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente Adjunto 061. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años exfumador de 45 paquetes/año. Bebedor diario de 60 g. TVP espontánea hace 3 meses, ACO Sintrom. Lumbalgia crónica por fractura vertebral tras accidente de tráfico. Múltiples visitas en el último año a consulta por omalgia derecha con ecografía patológica en manguito rotador. EA: Acude a la consulta por alteración de la marcha de 24 horas de evolución y pérdida de sensibilidad ascendente hasta región diafragmática, no parestesias, no pérdida de control de esfínteres, no pie caído. Pérdida de apetito en los últimos meses sin pérdida ponderal cuantificada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. CYC: pares craneales normales y simétricos. No adenopatías. Tórax: ACP normal. Abdomen: normal. Columna: dolor a la palpación de apófisis espinosas T4 y T5. NRL: CYO, obedece órdenes. Fuerza conservada en EESS. En EEII pérdida de fuerza bilateral a nivel distal. ROT vivos, discreto clonus EID. Babinsky bilateral. Hipoestesia a nivel sensitivo T4. Marcha torpe con aumento de la base de sustentación. Hemograma: anemia macrocítica, resto normal. Coagulación: INR 13 resto normal. Bioquímica normal salvo leve elevación de PCR y fosfatasa alcalina. Déficit de ácido fólico y vit. B12 Rx tórax: masa en campo pulmonar superior derecho que parece depender de mediastino. RMN: masa medular que compromete los agujeros de conjunción y cordón medular a nivel D3.

**Juicio clínico:** Síndrome de compresión medular tumoral.

**Diagnóstico diferencial:** Hematoma epidural, déficit B12, radiculopatía, neuropatía alcohólica. Tumor de Pancoast con afectación vertebral por contigüidad/metástasis.

**Comentario final:** Varón de 69 años exfumador que acudió a consulta en repetidas ocasiones por dolor de brazo de evolución tórpida. Se encontró causa anatómica de la omalgia tras consulta en Traumatología por lo que el diagnóstico se dio por concluido. En cambio, se trataba de la presentación de un tumor de Pancoast. El paciente acudió con un síndrome de compresión medular claro por afectación medular alta de origen en carcinoma broncopulmonar. En este paciente podríamos pensar en hematoma epidural debido a la alteración del INR y la masa epidural de la RM. En cambio, el resto de datos van en contra. Su hábito enólico y su déficit de B12 sugieren déficit neurológico por polineuropatía OH/Déficit de ácido fólico. La presentación tan aguda del cuadro clínico iría en contra, además de la masa mediastínica y epidural. Hay otro dato en los AP que nos deberían guiar hacia causa tumoral del episodio y es la TVP espontánea, en pacientes en su rango de edad presentan un riesgo muy elevado de que la causa sea la existencia de neoplasia sólida oculta.

### Bibliografía

Sardiñas Yanes Ó, et al. Tumor de Pancoast presentación de un caso. Rev Haban Cienc Méd. 2012;11(2):237-44.

Rodríguez Blanco A, et al. Trombosis venosa profunda y cáncer: actitud diagnóstica. An Med Interna (Madrid). 2002;19(12):61-2.