



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

194/17 - Lumbociatalgia diagnosticada con un simple fondo de ojo. Reporte de un caso CLÍNICO

M. Boksan^a, M. García Aroca^b, M.J. Conesa Espejo^c, E.B. Zapata Ledo^d, K.P. Baldeón Cuenca^e y J. Flores Torecillas^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar; ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar; ^fMédico de Familia. CS Cartagena Casco. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar. CS Los Dolores. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar. CS Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar. CS Besaya. Torrelevega. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a su médico de familia por cuadro de lumbalgia 1 semana de evolución, sin fiebre y con claras características mecánicas. Se comienza tratamiento analgésico, la paciente en periodo de 3-4 semanas experimenta empeoramiento importante, requiriendo cada vez más analgesia, el dolor cambia carácter siendo más intenso irradiado a miembros inferiores además refiere sensación de dificultad para orinar precisando hacer gran esfuerzo para el inicio de la micción junto con cefalea opresiva occipital y visión doble, ante el empeoramiento clínico su médico realiza exploración del fondo de ojo, observándose papiloedema bilateral por lo que la paciente se deriva a urgencias. Durante su ingreso en la planta de Neurocirugía tras la biopsia laminar, paciente pasa a reanimación con clínica similar que antes, en los días sucesivos presenta mas diplopía, cefalea y náuseas, con desconjugación de la mirada con grave alteración de la motilidad ocular extrínseca bilateral. Se realiza RMN cerebral urgente, donde se observa diseminación leptomeníngea troncocencefálica, la paciente fallece en dos días por la parada cardiorespiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: El fondo de ojo presenta papiloedema, con hemorragia retinal, MOE: discreta restricción para abducción de ambos ojos mayor derecho sin diplopía en la exploración. Se evidencia disminución de la fuerza 4+/5 en los miembros inferiores, y ROT exaltados en el miembro inferior izquierdo. Hipoestesia táctil y algésica crural izquierda. TAC de cerebro y angiotac venoso son normales. Punción lumbar informa sobre: líquido amarillento con proteinorraquia y leucocitosis con mononucleares, con cultivo de LCR negativo. RMN de la columna completa: múltiples formaciones leptomeníngreas hipercaptantes, de mayor extensión y tamaño en cono medular y cola de caballo. Tanto a nivel cervical como dorsal ocasionan deformidad medular. Diagnóstico carcinomatosis leptomeníngea/metástasis meníngea con mielopatía secundaria. Biopsia de lesión, anatomía patológica intraoperatoria informa sobre un ependimoma.

Juicio clínico: Carcinomatosis leptomeníngea por un ependimoma medular.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia, síndrome de cola de caballo, síndrome Guillain Barré, cefalea tensional.

Comentario final: Los tumores ependimarios son neoplasias que derivan de las células que rodean el sistema ventricular. Presentan dos picos de incidencia, hacia los 5 años, donde es especialmente frecuente a nivel del IV ventrículo y a los 35 años, aparición a nivel espinal. El lugar de origen de estas neoplasias varía según la

edad, siendo más frecuente la localización intracraneal infratentorial en la infancia y la localización espinal en el adulto. La clasificación de la OMS divide a los tumores ependimarios en grado I, grado II, y grado III (ependimoma anaplásico). La presentación clínica varía según la localización. Los ependimomas del canal raquídeo, como en caso de nuestra paciente, pueden manifestarse como un síndrome centromedular o como un síndrome del cono medular progresivo. Consideramos que la actuación del médico de familia era crucial en el proceso del diagnóstico, por lo que creemos que interpretar el fondo de ojo, es una destreza muy importante para los médicos de familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen CJ, Tseng YC, Hsu HL, Jung SM. Imaging predictors of intracranial ependymoma. The prognostic significance of postoperative residual tumor in ependymoma. *Neurosurgery*. 2004;28:666.
2. Hukin J, Epstein F, Lefton D, Allen J. Treatment of intracranial ependymoma by surgery alone. *Pediatr Neurosurg*. 1998;29:40.