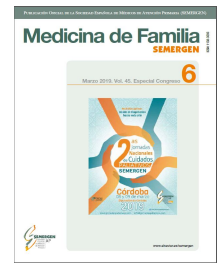




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



410/52 - PARAPLEJÍA SECUNDARIA A METÁSTASIS VERTEBRAL. EL FIN DE UNA DORSALGIA

M. Muñoz Hinojosa¹, A. Ruiz Vela², J. Molina Moreno³, P. Arjona González⁴

¹Residente de 1^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ²Residente de 1^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de gestión Clínica San Andrés. Torcal. Málaga. ³Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 37 años recientemente diagnosticado de carcinoma renal estadio IV con metástasis vertebral que acude al Servicio de Urgencias por dorsalgia intensa (actualmente EVA 9) que no cede a analgesia prescrita por su médico de atención primaria (paracetamol/tramadol). El dolor empeora con el movimiento y le despierta por la noche. El paciente ingresa a cargo de medicina interna para estudio de afección metastásica vertebral. Se comenzó tratamiento con dexametasona. Durante el ingreso se complica con paraplejía aguda que motivó su propuesta para tratamiento quirúrgico urgente descompresivo a nivel medular. En un primer acto quirúrgico se procede a instrumentación T1-T5 realizándose laminectomía descompresiva y en un segundo acto quirúrgico, una semana más tarde, extirpación de tejido tumoral y colocación de dispositivo transversal sobre instrumentación. Al alta dolor controlado. Nivel sensitivo T3, con hipoestesia desde T3 hasta distal. Miembros superiores con balance articular y muscular conservados. Miembros inferiores con balances articulares libres pasivos y balance muscular: miembro inferior derecho proximal y rodilla 2/5, distal 2-3/5; miembro inferior izquierdo proximal 2/5. Dorsiflexión de tobillo izquierdo 0/5 y derecho 1/5.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes conservadas. Paciente consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Dolor a la palpación a nivel de T2. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos acompañantes. Radiografía de columna dorsal: acúñamiento vertebral a nivel de T3, sin otros signos (comentada con radiólogo de guardia). Radiografía de tórax: sin alteraciones. RM de columna dorsal: destrucción del cuerpo de T3 con gran masa de partes blandas que destruye los elementos posteriores y arco costal izquierdo, invadiendo el canal vertebral central y desplazando al cordón medular al lado derecho que se encuentra comprimido. Biopsia de la pieza quirúrgica: metástasis de carcinoma, compatible con origen renal.

Juicio clínico: Masa paravertebral que invade canal medular a nivel de T3 con compresión medular.

Diagnóstico diferencial: Compresión medular por fractura vertebral versus invasión medular por carcinoma renal.

Comentario final: Al paciente se le ofreció ingresar en una unidad de cuidados paliativos para rehabilitación, pero declinó la oferta y prefirió volver a casa con tratamiento domiciliario y acudir diariamente a la unidad de rehabilitación. Se le instruyó en transferencias y autosondajes. El diagnóstico precoz, antes del desarrollo del daño neurológico severo, y la instauración inmediata del tratamiento, son los factores esenciales para evitar la parálisis, aunque en el paciente no dio tiempo a comenzar con el tratamiento decidido ya que la evolución fue rápida y tórpida. El uso de dexametasona en fases iniciales y en pacientes con síntomas ha resultado eficaz. La rehabilitación como tratamiento de mantenimiento es apropiado, la movilización debe comenzar después de 48 horas con información especializada para promover una función óptima. La compresión metastásica de la médula espinal (CMME) es una emergencia oncológica. Todo el personal clínico y los pacientes que corren un alto riesgo deben conocer los signos y síntomas de CMME y qué hacer si se desarrollan. El dolor espinal que sugiere metástasis en un paciente con cáncer es requisito de resonancia magnética en menos de una semana.

Bibliografía

Robson P. Metastatic spinal cord compression: a rare but important complication of cancer. Clin Med. 2014;14(5):542-5.

Romero P, Manterola A, Martínez E, Villafranca E, Domínguez MA, Arias F. Compresión medular. An Sist Sanit Navar. 2004;27 Suppl 3:155-62.