



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1560 - Doctor, no siento las piernas

I.M. Ramiro Bejarano<sup>a</sup>, N.I. Contreras Mercado<sup>b</sup>, P. Fernández de la Mata<sup>a</sup>, J. Salazar Garzo<sup>c</sup>, S. Abella Ordas<sup>c</sup>, V. Guinaldo Losada<sup>d</sup>, E. Santos Ferreras<sup>d</sup>, S.R. Anselmi González<sup>e</sup> y A. Adlbi Sibai<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>d</sup>Médico Residente 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud José Aguado II. Zona I. León. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 87 años que acude al centro de salud por dolor lumbar de inicio brusco en ambas caderas al levantarse. Presenta imposibilidad para la deambulación con paraparesia y hemiplejía en ambas extremidades inferiores por lo que es derivado para valoración por el servicio de neurología. Antecedentes personales: NAMC. Gastrectomizado. Epilepsia. Parkinson. Esofagitis por reflujo. ACV isquémico con hemiparesia residual. Deterioro cognitivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, colaborador y desorientado. Bradipsiquia. Movilización espontánea de EESS y no moviliza EEII. Glasgow 15. Hipotonía e hiperreflexia de EEII. Cutáneo plantar indiferente. Nivel sensitivo D11-D12. Plejía de ambas EEII 0/5. Sensibilidad disminuida en ambas EEII. RMN: hematoma epidural que se extiende desde D7 a L2 con mayor volumen en D8-L1.

**Juicio clínico:** Compresión medular D7-L2 por hematoma epidural.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Guillain Barré. 2. Esclerosis múltiple. 3. LES. 4. Tumor medular. 5. Mielitis transversa aguda. 6. Trastorno psicógeno.

**Comentario final:** Los hematomas espinales constituyen una entidad neurológica rara y potencialmente grave. Si no se tratan adecuadamente, puede dar lugar a déficit neurológico permanente o causar la muerte. Su diagnóstico temprano es vital para asegurar el éxito del tratamiento. Independientemente de su localización, los hematomas espinales se pueden presentar con signos de compresión de la médula o de la cauda equina. Debido al amplio grupo de diagnósticos diferenciales, es indispensable una prueba de imagen, ya sea con tomografía (TC) o idealmente con resonancia magnética (RM). Dependiendo de la estabilidad que presente el paciente, podemos optar por tratamiento conservador con corticoides o abordaje quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Pérez F.J, García Núñez I, Jiménez Murillo L. S. Guillain Barré y mielitis transversa aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p 454-7.

2. Mielitis transversa aguda: Transverse Myelitis Consortium Working Group. Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. *Neurology*. 2002;59:499-505.
3. Mok CS, Lau EY, Chan RW. Acute transverse myelopathy in systemic lupus erythematosus: clinical presentation, treatment, and outcome. *J Rheumatol*. 1998;25:467-73.
4. Farreras-Rozman. *Medicina interna*. 17ª edición. Elsevier; 2012. Volumen II. p. 5.
5. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Hospital Universitario 12 de octubre. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. 7ª edición, 2012. p. 1191-204.