Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):113

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2552 - Actuación ante síndrome medular agudo

A. Palacio Liñares[a], A. Plazas Miñarro[b], M.J. Conesa Espejo[c], C. Sánchez Pérez[c], I.M. Martínez Ardil[c], R. Gómez García[c], A. Martínez Más[c], D. Martínez Antequera[c] y J.J. Guerras Conesa[c]

[a]Médico de Familia; [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años consulta en atención primaria (AP) por dorsalgia, alteraciones de la marcha y sensibilidad disminuida en abdomen y miembros inferiores (MMII), remitiéndose a Urgencias donde se realiza exploración física (EF) en la que se detecta debilidad en miembros inferiores. Se solicita radiografía dorsolumbar y se inicia tratamiento analgésico remitiendo la debilidad, parestesias y mejorando el dolor parcialmente. Se ingresa en Reumatología y se realiza resonancia magnética (RM) dorsolumbar, siendo normal, por lo que se decide alta. Una semana después vuelve a consultar en AP por lumbalgia, hipoestesia y disminución de fuerza en MMII, motivo por el que se remite a Urgencias. Ante la presencia de lumbalgia y focalidad neurológica (NRL), se solicita RM dorsolumbar detectándose masa a nivel de sexta vertebra dorsal (D6). Se traslada a Neurocirugía realizándose laminectomía. La biopsia postquirúrgica diagnostica plasmocitoma. Posteriormente se traslada a hematología para completar estudio y tratamiento. Se descarta mieloma múltiple y se inicia radioterapia.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración NRL: Fuerza MMII: 3/5 con rápida claudicación. Babinski bilateral. Sensibilidad: Nivel sensitivo en D6, vibratoria abolida hasta cadera. Analítica: leucocitos: 14.870, linfocitos: 2.110. RM: lesión agresiva de origen óseo en elementos posteriores con masas de partes blandas que invaden canal central y comprimen médula a nivel D6. Biopsia: plasmocitoma. PET-TAC: foco hipermetabólico en quinto segmento hepático.

Juicio clínico: Síndrome medular agudo con nivel D6.

Diagnóstico diferencial: Metástasis, fracturas vertebrales, hematoma epidural/subdural, estenosis canal medular. Absceso. Mielitis transversa.

Comentario final: La compresión medular es una urgencia médica. La rapidez en la actuación es fundamental para disminuir la afectación y prevenir el daño medular irreversible. Es esencial identificar signos de alarma que nos orienten al diagnóstico. Para ello, es necesaria una correcta anamnesis y exploración neurológica que permitirá, además, localizar el nivel de la lesión. La prueba de elección es la RM.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, eds. Harrison principios de medicina interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

2. Valle Calvet, Olivé Marquès. Signos de alarma de la lumbalgia. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2009;11:24-7.

Palabras clave: Compresión medula espinal. Plasmocitoma.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.