



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2552 - Actuación ante síndrome medular agudo

A. Palacio Liñares<sup>a</sup>, A. Plazas Miñarro<sup>b</sup>, M.J. Conesa Espejo<sup>c</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>c</sup>, I.M. Martínez Ardi<sup>c</sup>, R. Gómez García<sup>c</sup>, A. Martínez Más<sup>c</sup>, D. Martínez Antequera<sup>c</sup> y J.J. Guerras Conesa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. <sup>b</sup>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 diagnóstica 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.