Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):82

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2057 - Doctora, no me siento las inyecciones

M. Chacón González[a], M.T. López Rico[a], M.S. Pineda Pérez[b], J. Soto Olivera[a], C.J. Sevillano Esquivel[a] y A. Moreno Moreno[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años con antecedentes de SAOS y Ca de próstata con mtx en cabeza femoral y fx patológica de la misma que consulta por debilidad progresiva de 10 días de evolución con imposibilidad de deambulación y caídas con parestesias en región abdominal hacia MMII y pérdida de sensibilidad. No nota IM en glúteo ni clexane en abdomen.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física por aparatos y sistemas normal. En exploración neurológica se objetiva disminución de la fuerza en MMII II/V con pérdida de sensibilidad. Abolición de sensibilidad vibratoria. Pérdida de sensibilidad en abdomen que se extiende hasta D7-D8. Como pruebas complementarias tenía un TC toraco-abdominal y gammagrafía con lesiones osteoblásticas en arcos costales anteriores 7 y 8 y hueso iliaco izquierdo.

Juicio clínico: Compresión aguda medular tumoral. Síndrome de cauda equina.

Diagnóstico diferencial: Polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria desmienilizante, hernias discales, abscesos, neoplasia, metástasis.

Comentario final: Tras la agudeza del cuadro se decide derivación del paciente a Urgencias hospitalarias donde es valorado por Neurocirugía y se realiza RNM objetivándose compresión medular a nivel de D7 por masa de características infiltrativas con infiltración de canal de predominio posterolateral. Se realizó laminectomía descompresiva D5-D8 de urgencia más tratamiento RT con mejoría de la

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

clínica hasta ser capaz de deambular con andador. El síndrome de cauda equina es una afección poco común pero seria, causada por la compresión de los nervios de la columna lumbar y un estrechamiento del canal espinal. Las causas son cualquier lesión, inflamación, infección o traumatismo que provoque la compresión de dichos nervios. Entre los síntomas más frecuentes están la debilidad o entumecimiento de MMII y pérdida de sensación en el área de “montura”, así como incontinencia urinaria o intestinal y dolor de espalda bajo o punzante en pierna. El tratamiento requiere de descompresión quirúrgica dentro de las 24-48h primeras.

Bibliografía

1. Buchowski JM, Garrett ES, Sieber AN, Kostuik JP. Cauda equinasíndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical otucomes. Spine. 2000;25:1515-22.
2. Bagley CA, Gokaslan ZL. Cauda equina syndrome caused by primary and metastatic neoplasms. Neurosurgical Focus. 2004;16(6).

Palabras clave: *Debilidad. Caídas. Síndrome cauda equina. Laminectomía.*

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