



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2977 - Caída desafortunada

N. Valiño Ferraces^a, P. Cabanelas Pousa^b, N. García Varela^c y P. Antelo Pais^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Vite. A Coruña. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 58 años, NAMC. Lumboartrosis, litiasis renal izquierda, cesárea, STC.

Tratamiento: analgesia a demanda. El día previo consulta tras caída de 4 m con diagnóstico de fractura de cuerpo de D12, con tratamiento ortopédico. Hoy refiere dolor suprapúbico, ausencia de micción desde hace 8h, anestesia en periné y disminución de fuerza en ambos MMII.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. NHNCNP. 145/85. 36,4 °C. 66 lpm. ACP: rítmica sin soplos. MVC. Abd: globo vesical. NRL: PINR. MOEs conservados. PC normales. No meníngeos. RCP flexor bilateral. Fuerza disminuida MMII, anestesia en periné. TR: ausencia de tono. AS: normal. ECG: RS 66 lpm. TC sobre D12: fractura en estallido. Desplazamiento del fragmento hacia canal raquídeo, asociando fractura de lámina derecha.

Juicio clínico: Fractura de D12 originando síndrome del cono medular. RAO secundaria.

Diagnóstico diferencial: Podría confundirse con el síndrome de cauda equina, ambos por lesiones inferiores a D10. Presentan afectación frecuente simultánea de motoneurona superior e inferior en MMII. El síndrome de cono medular el inicio suele ser súbito, con signos piramidales leves y reflejos presentes, anestesia/hipoestesia en silla de montar y disfunción sexual/esfínteres de manera temprana e intensa. En el caso del síndrome de la cauda equina el cuadro es progresivo, primero aparece dolor, luego síntomas motores, hipoestesia, afectación de reflejos y finalmente alteración de esfínteres. El primer síntoma suele ser dolor local/referido o radicular lumbosacro, que aumenta con el Valsalva y suele empeorar en decúbito. Paresia flácida en EEII que afecta a glúteos, musculatura posterior del muslo y anterolateral de pierna. Hay arreflexia aquilea y rotuliana, además se alteran los reflejos cremastéricos y anal/perineal. También se produce disfunción de esfínteres con vejiga hipotónica y disfunción sexual, tardía y menos intensa.

Comentario final: Se interconsulta a NCR y COT, donde finalmente ingresa para de reparación quirúrgica de D12 mediante toracofrenolumbotomía.

Bibliografía

1. Gerard M. Doherty. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos de Doherty, 13ª ed. Madrid. McGraw-Hill, 2011.
2. Byrne TN, Waxman SG. Paraplejía y Síndromes de la Médula Espinal. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, eds. Neurología Clínica. Volumen I: Diagnóstico y tratamiento. Barcelona:

Elsevier, 2010:357-68.

Palabras clave: Fractura. Cauda equina. Síndrome cono medular.