



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3886 - ATAXIA TRAS VISITA AL OTORRINOLARINGÓLOGO

C. Sánchez Aranda<sup>a</sup>, E. García Cortacero<sup>b</sup>, M. Aroza Espinar<sup>c</sup>, V. Sotorrío Simó<sup>d</sup> y S. López García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. <sup>d</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital General Básico de Santa Ana. Motril. Granada. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, ictus isquémico en 2007 sin secuelas, adenocarcinoma de recto tratado con cirugía en 2014, gastrectomía secundaria a patología ulcerosa, exhumador desde 2007 y enolismo activo grave. Acude a su centro de salud por cuadro de inestabilidad con incapacidad para la marcha tras visita a Otorrinolaringología por hipoacusia, donde se realizó lavado de cerumen sin complicaciones. No acúfenos o cefalea acompañante, así como cortejo vegetativo. A los días del ingreso, el paciente comienza con pérdida de fuerza en miembros superiores en territorio distal al igual que comenta padecer calambres a nivel cervical que se irradian hacia zona lumbar. Tras los hallazgos de la RMN cervical y la progresión de la clínica, se comenta el caso con Neurocirugía de hospital de referencia, solicitando el traslado para la intervención quirúrgica de forma preferente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. NRL: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos oculares normales sin nistagmo. Pares craneales conservados, habla no disártrica. Balance muscular y sensitivo conservado. No disimetría ni disdiadococinesia. Marcha lateralizada a ambos lados, sobre todo a la derecha. Romberg positivo. No signos meníngeos. Auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. Analítica: perfil renal y hepático normales. Sin anemia ni leucocitosis. TSH normal. Vit B12 y ácido fólico normales. Serología para lúes negativa. LCR: normal con sexología de virus neurotrofos negativas. TAC craneal y RMN craneal: leucoencefalopatía vasculodegenerativa. Lesiones crónicas a nivel paraventricular. Sin lesiones expansivas. RMN cervical: severa espondiloartrosis. Marcada osteoartrosis en las articulaciones de Luschka e interapofisarias posteriores. Discartrosis con pinzamientos. Canal estrecho desde C3 a C6 con mielomalacia compresiva a la altura de C4-C5.

**Juicio clínico:** Síndrome de compresión medular cervical grave.

**Diagnóstico diferencial:** Polineuropatía, déficit de vitamina B12, alcohol, cerebelitis, laberintitis, hidrocefalia, infarto lacunar.

**Comentario final:** La compresión subaguda aparece en días o semanas. Suele ser causada por un

tumor extramedular metastásico, un absceso, hematoma epidural o un disco herniado cervical, como es el caso de nuestro paciente. Se presenta con clínica de déficit segmentarios o alteraciones de los reflejos.

### **Bibliografía**

1. Rubin, M. Transtornos Neurológicos: Compresión medular. 2017.

**Palabras clave:** Compresión medular. Ataxia. Debilidad muscular proximal.