



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4204 - EN PALIATIVOS, NO SIEMPRE LA CAUSA ES MALIGNA

I. Muñoz Durán^a, E. Pacheco Vázquez^b y C. Aguilera Casasola^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^cHospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 83 años, sin RAMC. HTA, DLP. Exfumador. FA paroxística, HBP, AIT, quistes renales. Apendicectomizado. En tratamiento con cinitaprida, pantoprazol, fortectortin, atorvastatina, duodart, dabigatrán, lactulosa, nistatina, metamizol. Historia Oncológica: adenocarcinoma de sigma con carcinomatosis peritoneal y nódulo pulmonar único. Tratamiento quirúrgico y quimioterápico. Recidiva. Nuevo quimioterapia. Suspensiones por intolerancias y progresión. Varias suboclusiones intestinales. Refiere lumbalgia irradiada a MMII y pérdida de fuerza. No afectación esfinteriana. No episodios similares anteriores. No traumatismo. No sobreesfuerzo. Afebril. No dolor en reposo. El dolor aumenta en bipedestación y mejora con la sedestación.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, BHYP, normocoloreado, eupneico en reposo, Glasgow 15/15. Buena calidad de vida. Autónomo para ABVD. Movilidad autónoma. Karnofsky 90. Apetito conservado. Mucositis oral. No xerostomía. No disfagia. No náuseas ni vómitos. Estreñimiento. Sueño reparador. No disnea. No UUPP. No alteraciones del ánimo. Normotenso, FC 85, afebril, satO₂ 96%. Dolor a la palpación de apófisis espinosas y transversas lumbares. No contractura de musculatura paravertebral lumbar. Fuerza conservada a la exploración activa y pasiva. Sensibilidad conservada. Lasègue y Bragard -. RX: no fracturas ni luxaciones vertebrales. No lesiones agudas. Cambios degenerativos. RMN: cambios espondiloartrósicos, acentuados a nivel de L4-L5. Estenosis absoluta y central del canal, asociado a protrusión discal circunferencial con herniación posterocentral que deforman la zona central del saco tecal con mínima reducción de los desfiladeros de ambos agujeros de conjunción.

Orientación diagnóstica: Compresión medular benigna.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de compresión medular maligna.

Comentario final: No se planteó corticoterapia ni RT. Valorar opiáceos por AP de cuadros oclusivos. Pregabalina y lidocaína transdérmica. Se añade oxicodona 5 mg/naloxona 2,5 mg. Unidad del dolor: infiltración epidural interlaminar a nivel L4-L5. Compresión del saco dural por masa tumoral extradural, dural o intradural. Más frecuente por metástasis óseas. Ca. mama, pulmón, próstata. 2,5-5% de neoplasias avanzadas. Dolor que empeora en decúbito y mejora con la sedestación y bipedestación + paresia/plejía MMII + afectación esfinteriana. RMN urgente. Urgencia oncológica. Corticoterapia + RT.

Bibliografía

1. Kaplow R. Entender la compresión de la médula espinal. Nursing. 2017.
2. Loblaw DA, et al. A Population-based Study of Malignant Spinal Cord Compression in Ontario. 2003;15:211-7.

Palabras clave: Lumbalgia. Compresión. Radioterapia.