

## 347/4493 - LO QUE LA PACIENTE ESCONDE. UN HALLAZGO MUY ÍNTIMO

N. Gallego Artiles<sup>a</sup>, B. Torres Blanco<sup>b</sup>, M. Sánchez Guevara<sup>c</sup> y M. Varela Patiño<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 71 años. No alergias. Hipertensa, diabética. No hábitos tóxicos. Tratamiento: metformina, olmesartán. Acude a consulta por caídas de repetición de días de evolución asociando lumbalgia, pérdida de fuerza e hipoestesia intermitente en ambas extremidades inferiores. No otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Neurológica: Fuerza: paraparesia flácida (balance 4/5 proximal, 2-3/5 distal). Sensibilidad: hipoestesia distal EEII. Deambulación imposible. Resto sin hallazgos.

Radiografía dorsolumbar: Cambios degenerativos. Analítica: hemograma, bioquímica y orina normal. Vitamina B12 normal. Hemoglobina glicada: 7,4%. PCR: 36. Se deriva a urgencias hospitalarias descartando fractura dorsolumbar mediante TC. Acude de nuevo por paresia e hipoestesia continua de ambas EEII asociando incontinencia urinaria y anestesia genital con incapacidad para la deambulación. Ingreso hospitalario: TC cerebral: normal. RM columna vertebral: Masa extradural posterolateral derecha D5 compatible con meningioma. Signos de mielopatía compresiva asociada no pudiendo descartar metástasis o tumor neurogénico. TC toracoabdominal: Masa vulvar izquierda. Nódulos pulmonares bilaterales. Nódulo en glándula suprarrenal derecha. Adenopatías inguinales izquierdas. Se reinterroga a la paciente sobre la lesión vulvar refiriendo que es una lesión ya conocida por ella pero nunca consultada. Exploración: lesión nodular ulcerada de 13 mm vulvar izquierda. La paciente recibió tratamiento quirúrgico de la lesión vulvar confirmado melanoma y radioterápico lumbar tras descartar tratamiento neuroquirúrgico con un mal pronóstico.

**Orientación diagnóstica:** Paraparesia de EEII rápidamente progresiva. Melanoma vulvar estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades autoinmunes, infecciosas, neoplásicas, vasculares y hereditarias degenerativas.

**Comentario final:** Las formas de presentación de las mielopatías son diversas y algunas de mal pronóstico. El diagnóstico diferencial en pacientes que presentan una debilidad aguda progresiva de EEII con hipoestesia acompañante incluye las mielopatías compresivas tanto malignas como benignas. El algoritmo para un diagnóstico precoz incluye la evaluación clínica acompañada de estudios de neuroimagen. En nuestro caso resultó ser una metástasis de un melanoma vulvar. Estos aparecen en la edad posmenopáusica y es de vital importancia fomentar una correcta autoexploración genital externa así como la consulta médica para poder actuar de forma precoz.

## Bibliografía

1. Gruber JJ, Nolan CP. Myelopathies in patients with cancer. *Arch Neurol*. 2010;67:298.
2. Suwandinata FS, Bohle RM, Omwandho CA, et al. Management of vulvar melanoma and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2007;28:220.

**Palabras clave:** Mielopatía compresiva. Melanoma vulvar. Metástasis.