

347/4662 - MIELOMALACIA

I. Aguilar López^a, L. Rojas Feixas^b, J. García-Revillo Fernández^c y C. Morillo-Velarde Moreno^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^cMédico Residente de 3º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Córdoba. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena II. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 14 años con antecedentes de ansiedad con rasgos agorafóbicos que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por parestesias en cara anterior de miembro inferior derecho desde la cadera hasta el dorso del pie y con imposibilidad para la dorsiflexión de éste. No traumatismo previo. No relación aparente con desencadenantes.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. BS parcheada en MID tanto la superficial como la profunda, resto conservado. BM (D/I): flexores de cadera 5/5, extensores de rodilla 5/5, FD pie 0/5, extensor 1^{er} dedo 0/1 y FP 1/5. ROT hiperactivo rotuliano derecho con aumento de área, resto conservados. Reflejo cutáneo plantar flexor izquierdo y extensor derecho. Clonus derecho inagotable. Marcha en stepagge derecho. Rx columna dorsolumbosacra y de caderas normal. RMN médula con contraste: hiperintensidad medular en secuencia T2 de morfología alargada en D8-D10. En los cortes axiales ocupa la parte más posterior (coincidiendo con la zona anatómica de los cordones posteriores) y lateral derecha de la médula. RMN craneal con contraste normal. Punción lumbar, citoquímica normal y bandas oligoclonales en LCR negativas. Serologías para VVZ, sífilis, Lyme, Ac ANA, ANCA, ECA negativos. ENG-EMG normales. Potenciales somatosensoriales patológicos con alteración de la respuesta de MID por aumento de latencia de la misma compatible con afectación de la vía cordonal posterior de dicho miembro. Se identifica en su interior alguna zona milimétrica marcadamente hiperintensa compatible con mielomalacia.

Orientación diagnóstica: Mielomalacia.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, mielitis, siringomielia, hernia discal, tumores.

Comentario final: En el diagnóstico de la enfermedad medular aguda es imprescindible realizar una buena exploración neurológica así como recordar que se necesitan pruebas de imagen tales como la mielografía, tomografía computarizada o resonancia magnética para confirmar o descartar la sospecha inicial y poder localizar con precisión el nivel de la lesión. Por otra parte, valorar la severidad de la lesión medular es extremadamente importante, ya que puede influir significativamente en el pronóstico y en el manejo del paciente.

Bibliografía

1. Schmalstieg WF, Weinshenker BG. Approach to acute or sub-acute myelopathy. *Neurology*. 2010;75(18 Suppl 1):S2-8.
2. Cáceres Palou E, Rao R, coords. *Patología degenerativa de la columna cervical*. Monografías AAOS-SECOT. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.

Palabras clave: Mielomalacia. Paresia. Mielopatía.