

## 347/911 - SI YO ME ENCUENTRO BIEN, PERO NO PUEDO MOVERME

B. Tiessler Martínez<sup>a</sup>, A. Barreiro Gago<sup>b</sup>, E. Lara Cobo<sup>a</sup> y S. Reviriego Mazaira<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud las Lagunas de Mijas. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 72 años, que acude a urgencias por síntope sin pródromos con TCE y dudosa pérdida de conocimiento. Al reaccionar, impotencia funcional de miembros superiores e inferiores. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso, diabético y dislipémico, actualmente en tratamiento. Exfumador. Fibrilación auricular (FA) anticoagulada con anticoagulante oral directo. Síncopes idiopáticos ya estudiados sin cardiopatía estructural. Sin antecedentes familiares de síncopes. Ha ingresado en cardiología para nuevo estudio de síncopes, descartándose nuevamente patología estructural cardíaca. En el contexto del estudio, presenta paresia de miembros superiores e inferiores que condicionan la realización de una TC craneal.

**Exploración y pruebas complementarias:** En urgencias, analítica normal, radiografía de miembros normales, ECG con FA a 60 lpm. Ingresado, TC de control normal y RM craneal: lesiones vasculares crónicas. A la exploración, consciente, orientado, colaborador, alerta, bien hidratado y perfundido. A la auscultación cardiorrespiratoria, tonos arrítmicos a buena frecuencia con murmullo vesicular conservado. Miembros inferiores (MMII) sin edemas ni signos de TVP. Glasgow 15, pares craneales sin alteraciones, lenguaje normal. Leve hipoestesia asimétrica de miembros superiores (MMSS) sin claro nivel proximal. Fuerza en MMSS: MSD proximal 3/5, medial 2/5, distal 1/5. En MMII, fuerza prácticamente conservada. Reflejos osteotendinosos ausentes. Babinski bilateral. Sensibilidad vibratoria conservada. Mantiene continencia de esfínteres. RM cervical: Discopatía degenerativa discoosteofitaria grave que ocasiona estenosis y focos de mielomalacia. Lesiones post-traumáticas con distensión de ligamentos y foco de edema medular a nivel de C6-C7.

**Orientación diagnóstica:** Mielitis cervical aguda posttraumática.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular. Síndromes medulares.

**Comentario final:** La exploración neurológica es, junto con la anamnesis, la base del diagnóstico de la patología del sistema nervioso. El médico de Atención Primaria debe de conocer los aspectos más importantes de dicha exploración, siendo importante que esta se realice de manera sistemática, sin olvidar los signos relacionados con la médula espinal. Las lesiones medulares a causa de una caída constituyen el 16%. En cuanto al tratamiento de esta entidad, se basa en administración de corticoides 1 mg/kg/día, de manera que actualmente, el paciente se recupera progresivamente.

### Bibliografía

3. Garrido Robres JA, García Ballesteros JG, Martín Villuendas AB. Exploración neurológica y atención primaria. Bloque II: motilidad voluntaria, funciones corticales superiores y movimientos anómalos. *Semergen*. 2011;37(8):418-25.

**Palabras clave:** Exploración neurológica. Motilidad voluntaria. Mielitis medular postraumática.