



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

482/597 - ¿ISQUEMIA CEREBRAL? MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE

M. Aguilar González¹, I. Barón Igeño² y M. Nieto Fernández³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ³Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años, fumador de 50 paquetes/año, acude su Médico de Atención Primaria por caída en domicilio acompañado de pérdida de fuerza y claudicación de la marcha en miembro inferior izquierdo de dos meses de evolución. A la exploración física se evidencia debilidad para la flexión proximal y la extensión distal. Un mes antes consultó por dolor en talón y glúteo izquierdo, sin trastornos motores. Dada la progresión de la clínica y la sospecha de patología isquémica/neoplásica se deriva a urgencias hospitalarias, donde se realiza TC de cráneo, objetivándose lesión cerebral de dudosa correlación con la clínica del paciente, por lo que se decide ingreso en Neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Paresia de predominio en la flexo-extensión de tobillo izquierdo con hipoestesia en región dorso-plantar ipsilateral y primeros dos dedos de pie contralateral. Globo vesical. Analítica: sin datos reseñables. TC cráneo sin contraste: hipodensidad lacunar en el cuerpo del núcleo caudado derecho. RMN cráneo: lesión subependimaria de 10 mm hiperintensa con anillo hipointenso alrededor. Radiografía de tórax: masa apical derecha con pérdida de volumen en lóbulo superior derecho (LSD) y desviación traqueal ipsilateral. RMN columna dorso-lumbar: tumoración intramedular en cono medular a nivel de D12. TC tórax: masa pulmonar espiculada en LSD, apical paramediastínica de 7 × 5 × 5 cm, compatible con neoformación, sin adenopatías significativas.

Orientación diagnóstica: Paraparesia en miembro inferior izquierdo con tumoración intramedular de probable origen metastásico en relación con neoformación pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Tumor primario medular, lesión isquémica cerebral, cavernosa asintomática.

Comentario final: La compresión medular neoplásica es una complicación metastásica relativamente frecuente, siendo su manifestación inicial en un 20% de los casos, con predominio de afectación a nivel del cono medular. Las manifestaciones motoras representan un estadio avanzado, por lo que la identificación precoz de los síntomas de alarma y su orientación diagnóstica mediante técnicas de neuroimagen, de elección la RMN, son fundamentales para el pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía

1. Savage P, Sharkey R, Kua T, et al. Malignant spinal cord compression: NICE guidance, improvements and challenges. QJM. 2014;107(4):277-82.
2. Cole JS, Patchell RA. Metastatic epidural spinal cord compression. Lancet Neurol. 2008;7(5):459-66.

Palabras clave: Paraparesia. Neoplasia pulmonar. Tumoración intramedular.