



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 333/191 - SÍNDROME BULBAR LATERAL ATÍPICO. MIRANDO MÁS ALLÁ

R. Talegón Martín<sup>1</sup>, Á. Arévalo Pardo<sup>2</sup>, R. Álvarez Paniagua<sup>2</sup>, M. Jaime Azuara<sup>2</sup>, A. López Tarazaga<sup>1</sup>, J. Oliva Ramos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 71 años, HTA, DM tipo 2. Adenocarcinoma de próstata bilateral tratado con braquiterapia. Infarto parietal izquierdo. Infartos crónicos en territorio vertebro-basilar (protuberancial paramedial izquierdo y cerebeloso derecho). Leucoencefalopatía periventricular. Exfumador. Bebedor moderado. En estudio por tumoración pulmonar en Lóbulo superior derecho. Tratamiento habitual: Clopidogrel 75 mg, Pantoprazol 40 mg, Atorvastatina 20 mg, Metformina 850 mg y Tamsulosina 0.4. Enfermedad actual: Cuadro de disfonía de 2 días de evolución, que asocia desde el día anterior disfagia con dificultad para la ingesta tanto a sólidos como a líquidos. No fiebre ni síntomas catarrales, no alteraciones bucales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Latido carotídeo presente y simétrico; telangiectasias malares bilaterales; AC rítmica sin soplos; AP mvc; resto sin alteraciones. Neurológica: Disartria bulbar. Miosis y Ptosis (Sd. De Horner) en ojo derecho; parálisis de velo derecho con disminución de reflejo nauseoso. Resto exploración pares craneales, Cerebelo, Romberg, Marcha, fuerza y sensibilidad normales. ECG: RS sin alteraciones de la repolarización. Analítica y Coagulación: normales. Rx tórax: imagen nodular en LSD. TC cerebral: Línea media centrada. Atrofia corticosubcortical. Áreas hipodensas periventriculares, insulares bilaterales y en protuberancia en relación con focos isquémicos antiguos. No imágenes de sangrado agudo. RM cerebral: restricción en difusión en la parte lateral derecha del bulbo, de 7 mm de tamaño, en relación con lesión isquémica aguda (confirmatorio de Síndrome de Wallenberg).

**Juicio clínico:** Disfagia. Disfonía. Síndrome de Horner derecho en contexto de Síndrome bulbar lateral.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Wallenberg de origen arterioesclerótico, inmunológico, tumoral. Afectación nervio laríngeo recurrente y simpático por invasión tumor pulmonar.

**Comentario final:** La ausencia de una sintomatología clásica completa no debe ser obstáculo para la obtención de un diagnóstico; en ocasiones, varios antecedentes pueden derivar en un motivo de consulta común. La visualización del paciente en su conjunto permite la toma de decisión más adecuada a su caso individual, priorizando actuaciones urgentes ante síntomas comunes que, en determinados contextos, pueden conllevar terribles desenlaces.

## **Bibliografía**

Hernández-Hernández CA, Díaz Romero MD y col. Síndrome de Wallenberg. Reporte de caso. Rev Esp Med Quir 2004;9:68-71.

Shetty SR, Anusha RL, Thomas PS, et al. Wallenberg's syndrome. J Neurosci Rural Pract 2012;3:100-102.

**Palabras clave:** Síndrome Medular Lateral, neoplasia pulmonar, disfonía, disfagia.