



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

## 452/108 - VENGO PORQUE MI MARIDO NO CAMINA

T. Esteban Hernández<sup>1</sup>, D. Largo Rodríguez<sup>1</sup>, L. Bea Bergés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Joaquín Elizalde. La Rioja.<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud Alfaro. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamientos. Fumador de 60 paquetes-año desde hace 40 años. Es independiente y lleva una vida activa. Acude la esposa a su médico de familia (MF) porque desde hace 3 días su marido “no puede caminar”, hasta estar encamado y desplazarse por casa en silla de ruedas. Comprobamos en la historia clínica escasas consultas del paciente, reacio a los médicos y quien no acude esta vez por dificultad para desplazarse. El paciente estaba regando en la huerta en bipedestación, y de forma brusca “le falló la pierna derecha” cayendo al suelo, con dificultad para volver a ponerse de pie. Volvió a casa deambulando con dificultad. Posteriormente, en ambas extremidades inferiores (EEII), pérdida progresiva de fuerza y sensibilidad, y hormigueo. No incontinencia. El MF, ante signos de alarma, indica valoración en Urgencias hospitalarias para pruebas complementarias. Allí, el paciente no refiere ninguna otra sintomatología. Tampoco clínica constitucional ni infecciosa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. La auscultación cardiopulmonar es normal. En la exploración neurológica destaca paraparesia bilateral 1/5 según la escala EDSS de Kurtzke, hipoestesia bilateral desde nivel T4 y arreflexia en EEII. Analítica sanguínea: creatinina 1,29 mg/dL. Proteína C reactiva 46 mg/L. Iones, hemograma y coagulación normales. Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas. TAC cerebral: normal. Se realiza interconsulta a Neurología, que tras valoración indica RNM urgente (se incluirá imagen): lesiones óseas focales afectando al soma de T2-T6 y T8 sugestivas de metástasis, con compromiso medular desde T2.

**Juicio clínico:** Mielopatía compresiva por metástasis dorsales múltiples, de tumor primario desconocido.

**Diagnóstico diferencial:** Ante una paraparesia brusca de EEII, cabe considerar: neoplasias (metástasis, tumor primario del SNC), patología vascular (isquemia medular, ictus), traumatológica (radiculopatías mecánicas, estenosis de canal lumbar, traumatismos medulares o craneoencefálicos). No refiere antecedentes infecciosos (mielitis aguda, síndrome de Guillain-Barré, abscesos espinales o del SNC). Tampoco dolor lumbar intenso (mielitis transversa aguda), ni consumo de tóxicos (polineuropatía alcohólica) ni fármacos (miopatía esteroidea o por estatinas).

**Comentario final:** Se informó al paciente y a la familia de los hallazgos y mal pronóstico de la paraparesia. Ingresó en Oncología. El estudio de extensión evidenció un adenocarcinoma prostático con metástasis óseas extensas. Recibió tratamiento con radioterapia dorsal, bloqueo hormonal completo y rehabilitación. Con dexametasona intravenosa presentó leve mejoría de fuerza y sensibilidad. Se prescribió silla de ruedas autopropulsada. En nuestra consulta, ante toda pérdida de fuerza aguda o con signos de alarma (rápida

progresión en días-horas, disnea, alteración de esfínteres, alteración de la marcha, lumbalgia de inicio brusco), debe ser derivada Urgencias hospitalarias. Los pacientes poco frecuentadores, que escapan a los programas de cribado, suponen un reto en Atención Primaria; hay que optimizar sus consultas ofreciéndoles programas de salud de los que se puedan beneficiar. Como médicos de familia, en casos con mal pronóstico debemos coordinar las actuaciones médicas, ofrecer un acompañamiento integral y psicosocial, así como atender al eventual duelo de la familia.

## Bibliografía

González M, León FJ. Pérdida de fuerza en miembros inferiores. AMF. 2014;10(3):155-60.

**Palabras clave:** Mielopatía compresiva. Metástasis. Atención integral.