

# Què fer en una parèsia d'extremitats inferiors sobtada a urgències?

Joan Esplugues<sup>(1)</sup>; Marta De la Rosa<sup>(2)</sup>; José Ignacio Ferro<sup>(3)</sup>; Emili Gené<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident de primer any de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Resident de segon any d'Anestesiologia i reanimació

<sup>(3)</sup>Metge adjunt del Servei d'Urgències

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Nom autor: Joan Esplugues

Lloc de treball: Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: joan.esplugues@gmail.com

Forma citació: Esplugues J, De la Rosa M, Ferro JI, Gené E. Què fer en una parèsia d'extremitats inferiors sobtada a urgències?. ReMUE.c@t 2020;7(2):30-32

**MOTIU DE CONSULTA:** Dolor lumbar paravertebral intens de dues hores d'evolució

## ANTECEDENTS PERSONALS/PATOLÒGICS D'INTERÈS

Dona de 72 anys sense AMC. Presenta les funcions superiors conservades i és autònoma per activitats bàsiques de la vida diària. La pacient és resident habitual a Granada on té tot el seu historial mèdic.

- **Hipertensió Arterial** en tractament mèdic amb Valsartan.

- **Dislipèmia:** En tractament amb Simvastatina

- **Pròtesi mecànica doble (mitral i aòrtica)** secundària a Valvulopatia no especificada en tractament amb Acenocumarol.

- **Insuficiència cardíaca** No consten descompensacions, ecocardiograma ni altres estudis al nostre sistema. En tractament amb Furosemida (1-0-1), Ivabradina 5 mg (1-0-1) Valsartan 160 mg 0-0-1.

## MALALTIA ACTUAL:

Pacient que, estant de viatge a la nostra ciutat, inicia cervicàlgia moderada durant 24 hores amb tendència progressiva a la millora. Posteriorment, el dolor comença a localitzar-se sobtadament a nivell lumbar, paravertebral, bilateral i molt intens, pel que la pacient decideix consultar a l'hospital. Refereix que el dolor augmenta amb els moviments. No altres símptomes associats, no traumatisme previ, no ha pres medicació pel control del dolor.

## EXPLORACIÓ FÍSICA:

A la seva arribada a urgències la pacient està hemodinàmicament estable i afebril. Presenta afectació de l'estat general per la intensitat del dolor lumbar, que

augmenta amb els moviments. Força i sensibilitat conservada a les 4 extremitats. No altres símptomes acompanyants.

Es sol·licita una analítica, un sediment i radiografia abdominal, de tòrax, cervical i lumbar. Durant l'espera dels resultats, la pacient refereix dificultat per la micció i impossibilitat sobtada de mantenir la bipedestació, per pèrdua de força en extremitats inferiors. Es sol·licita valoració a Neurologia que revalua la pacient i detalla el següent: *C i O en TEP, nominació i comprensió correctes, PICNR, campimetria normal, PPCC normals, no claudicacions d'EESS, paraparèsia amb plègia crural D i parèsia 3/5 crural E, RMTs 2-3/5 EESS i hiporreflèxia de rotulians i aquilis bilateral, Babinski bilateral, nivell sensitiu D10- D11, hipoparestèsia EEL fins a malucs. No dismetries dit-nas, no extincions.*

## DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES

La pacient presenta una clínica aguda amb una exploració física on s'observa un nivell sensitiu únic i signes compatibles amb una lesió de primera motoneurona. El fet que trobem una hiporreflèxia (típic de segona motoneurona) pot estar produït per la cronologia dels fets. En la patologia medul·lar aguda en un primer moment es produeix un xoc medul·lar, que s'expressa d'aquesta manera. Posteriorment es reverteix, donant lloc a hiperreflèxia.

Per tant, tenint en compte aquestes característiques podem inferir que tenim una lesió a la medul·la espinal, més concretament a nivell de D10 i D11. La principal sospita etiològica és una síndrome compressiva, ja que la principal alternativa, una lesió isquèmica, donaria lloc a una pèrdua sensitiva més àmplia, afectant tots els dermatomes per sota l'àrea lesionada.

Fetes aquestes consideracions, la principal etiologia de la síndrome compressiva a descartar, tant per la seva

freqüència com per la facilitat de confirmar-la o descartar-la, és la presència d'una fractura vertebral amb desplaçament que comprimeixi la medul·la. Aquesta pot ser traumàtica o bé patològica. Per tal de descartar aquesta etiologia realitzaríem una radiografia simple de columna, juntament amb una anamnesi dirigida a descartar un possible antecedent traumàtic recent o bé la presència d'osteoporosi<sup>1</sup>.

Un cop descartada la lesió traumàtica, l'altre gran etiologia a descartar és la compressió neoplàsica, ja que aquesta pot aparèixer fins a un 20% en pacients amb càncer metastàtic<sup>2</sup>. Tot i això, és rar que aquesta presentació sigui la clínica debut del càncer, sobretot si no hi ha una síndrome constitucional o cap altre clínica concomitant.

Altres etiologies a valorar serien una hèrnia discal aguda o bé una ossificació del lligament posterior longitudinal, que s'associa a hiperostosis idiopàtica o espondiloartropaties i pot produir clínica a nivell agut, tot i no ser el més habitual<sup>3</sup>.

Finalment, i amb una freqüència molt menor, la presència d'abscessos piògens, algunes manifestacions molt concretes de la TBC (mal de Pott) o bé la presència d'hematomes, ja siguin epidurals (els més freqüents) o subdurals, també podria justificar aquesta clínica<sup>3</sup>.

En tots aquests casos, la prova que es realitza per tal de filiar l'etiologia és la ressonància magnètica (RMN). Aquesta prova, que rarament es realitza d'urgències, està indicada únicament en aquells casos en què hi ha una aparició recent i sobtada d'alteracions motores i sensitives en l'exploració neurològica, com és el nostre cas<sup>4</sup>.

A partir d'aquí prosseguiríem el diagnòstic diferencial en funció dels resultats. Majoritàriament obtindríem la causa i el nivell de l'obstrucció. Ara bé és possible que la RMN mostrés lesions inespecífiques, sense mostrar una obstrucció clara. En aquest cas valoraríem altres etiologies menys probables, com ara una mielitis transversa, una síndrome paraneoplàsica o bé una possible infecció per *Schistosoma mansoni* o *Hameatobium*<sup>3</sup>. Totes aquestes opcions, que són menys probables degut al seu curs generalment subagut, es descartarien amb la realització d'una punció lumbar i l'estudi del subseqüent líquid cefaloraquídi.

#### PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES:

**-Analítica:** Leucòcits  $*11.54 \times 10^9/L$ , Hemoglobina 125 g/L, Plaquetes  $246 \times 10^9/L$ , Neutròfils (%)  $*83.9\%$ , Limfòcits (%)  $11.3\%$ , **Temps protrombina (INR)  $*5.54$  ratio**, T.Tromboplastina parcial activ  $*1.83$  ratio, Glucosa  $*135$  mg/dL, Urea  $*83$  mg/dL, Creatinina  $*1.33$  mg/dL, Sodi  $139$  mEq/L, Potassi  $4.4$  mEq/L.

**- Sediment:** S'observen 15-50 leucòcits per camp /camp, S'observen  $< 8$  hematies per camp /camp, S'observa flora bacteriana abundant.

**-Rx tòrax:** Presenta grapes per antiga esternotomia mitja. No altres alteracions òssies. ICT $<0.5$  s'observa vàlvula protètica. Hilis normals. No s'observen condensacions en camps pulmonars.

**-Rx Abdomen:** Normal, presència de restes de femta en colon. No presència de litiasi.

**-Rx Columna Lumbar:** No s'observen fractures vertebrales

**-Rx Cervical:** No s'observen alteracions òssies valorables.

**-Ressonància magnètica cervico-toraco-lumbar<sup>1</sup>:** Col·lecció hemàtica intrarraquídia; probablement intradural a l'alçada D8-D9 amb compromís del cordó en aquest nivell. S'estén de forma laminar cranial i caudalment, fins a l'alçada de L4-L5.

#### DIAGNÒSTIC DEFINITIU:

El diagnòstic s'obté directament a urgències gràcies a la realització de la RMN lumbar. Es tracta d'una síndrome compressiva medul·lar secundària a un hematoma intradural espontani D8-D9 en el context de supradescoagulació.

#### EVOLUCIÓ CLÍNICA DE LA PACIENT:

Es comenta el cas amb Traumatologia (Unitat de raquis) i anesthesiologia, que plantegen intervenció quirúrgica, pel que es decideix revertir la supradescoagulació amb l'administració de dues ampolles de fitomenadiona. Es realitza una analítica de control 10 hores després de l'arribada a urgències de la pacient que mostra INR de 2.2. En aquest moment és revalorada per Traumatologia que objectiva millora en l'exploració neurològica de la pacient, amb certa millora de la parèsia. Per aquesta raó es decideix, conjuntament amb neurocirurgia i neuroradiologia maneig conservador amb ingrés a la planta de traumatologia per a iniciar rehabilitació. Durant els següents dos mesos la pacient resta ingressada al nostre hospital arribant a aconseguir bona recuperació funcional: aguanta bipedestació i pot deambular amb bastó.

#### DISCUSSIÓ:

L'aparició d'una parèsia sobtada en un pacient a urgències ens recorda una de les poques indicacions de la RMN medul·lar a urgències<sup>4</sup>. El posterior tractament resulta motiu de controvèrsia donada l'excepcionalitat del cas, que dificulta la creació de protocols.

Revisant la literatura hi ha descrites 3 principals opcions terapèutiques: la descompressió quirúrgica, el drenatge percutani i el tractament amb teràpies conservadores. D'aquestes tres el drenatge percutani és el que té unes indicacions més clares: presència d'hematoma dorsal en pacient sense alteracions de la coagulació<sup>5</sup>.

La tria entre les altres opcions és més controvertida, havent-hi articles discordants, pel que fa a les indicacions de cada tractament<sup>5,6</sup>. Rettenmaier LA et al<sup>6</sup>, realitza una revisió de 42 casos aïllats d'hematoma subdural agut sense causa aparent i el seu tractament. D'aquesta manera observa que, aquells casos on s'observaven lleus dèficits, es realitzava tractament conservador, en contraposició als casos amb important deteriorament clínic o dèficits motors i sensitius severos on s'optava per intervenció. Comparant aquests estudis s'observà un millor resultat en aquells pacients tractats de manera conservadora respecte els pacients quirúrgica, tot i que en cap cas van ser considerats com a resultats significatius donada la important discordança en les poblacions inicials (pacients més desfavorables en el grup quirúrgic).

Tornant al nostre cas, la presència de millora progressiva dels dèficits que va presentar la pacient, va resultar el factor clau perquè es decidís ajornar l'operació. La posterior recuperació pràcticament ad integrum, demostra la importància de valorar les opcions terapèutiques més adients per a cada pacient de manera individualitzada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hansebout R., Kachur E. *Acute Spinal Cord Injury* [Internet]. Uptodate: Aminoff M.J. [Octubre-19; Novembre 19]. Disponible en [www.uptodate.es](http://www.uptodate.es)
2. P. Romero, A. Manterola, E. Martínez, et al. *Compresión medul·lar*. Anales Sis San Navarra vol.27 supl.3 Pamplona 2004
3. Eisen A. Disorders affecting the spinal cord. [Internet]. Uptodate: Aminoff M.J. J.A. [Octubre-19; Novembre 19]. Disponible en [www.uptodate.es](http://www.uptodate.es)
4. Long A. *The Utility of MRI in the Emergency Department* [Internet]. emDocs: Koyfman A. [Febrer 2017; Novembre 2019]. Disponible en: [www.emdocs.net](http://www.emdocs.net)
5. Arain A, Moral M, Shams S, Desai K, Kalsa K. *Atypical Presentation of Atraumatic Spinal Subdural Hematoma Associated with Warfarin: A Case Report and Review of the Literature*. Case Reports in Orthopedics. 2019;2019:1-4.
6. Rettenmaier L, Holland M, Abel T. *Acute, Nontraumatic Spontaneous Spinal Subdural Hematoma: A Case Report and Systematic Review of the Literature*. Case Reports in Neurological Medicine. 2017;2017:1-12

## IMATGES

-Ressonància magnètica toràcica:

