

**DOLOR A PUNTA DE DEDO EN MI  
ESPALDA: LA PUNTA DEL ICEBERG**

PSEUDÓNIMO: ***MIGUELITO***

## **ANTECEDENTES PERSONALES**

Varón de 37 años sin antecedentes personales de interés. No toma tratamientos de forma habitual. Arquitecto de profesión.

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente valorado en el Servicio de Reumatología por presentar durante el último año dolor que define como "sordo" de localización fija en región interescapular. De intensidad moderada no ha presentado respuesta favorable al tratamiento habitual con analgésicos y antiinflamatorios. Su reumatóloga solicita RMN cervical y ante el hallazgo de una lesión compatible con cavidadiringomiélica remite el paciente a nuestra consulta.

## **DIAGNÓSTICO DE TRABAJO**

- SIRINGOMIELIA

## **EVOLUCIÓN DEL CASO**

Reinterrogamos al paciente quien refiere además del dolor en región interescapular descrito previamente, sensación de "calambre eléctrico" en región C8-D1 bilateral cuando tose durante los últimos meses. No describe afectación motora pero sí sensación de acorchamiento en las puntas de los dedos de ambas manos durante la noche.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

- Pupilas isocóricas y normoreactivas.
- Movimientos oculares espontáneos normales.
- Pares craneal normales.
- No evidencia de atrofia muscular.
- Balance muscular normal en las 4 extremidades.
- **Reflejos osteotendinosos vivos en extremidades izquierdas e hipoactivos en el MSD.**
- **Reflejos cutáneo-abdominales izquierdos disminuídos.**
- No presenta clonus.

- Sensibilidades superficial y profunda sin alteraciones.
- Respuesta cutáneo-plantar flexora bilateral.
- Marcha y cerebelo sin alteraciones.

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

### **RMN Céfivco-dorsal**

Desplazamiento posterior de C5 sobre C6 con barra artrósica posteromedial de base ancha en el mismo nivel.

Lesión sólida afectando a la médula desde C5 hasta D2 con ligera captación de contraste:

- Produce hidrocefalia proximal y distal que se extiende desde la unión bulbo-medular hasta D6 con marcado adelgazamiento de la médula espinal.
- Produce ensanchamiento medular y presenta bordes bien definidos.

Protrusiones discales en D9-D10 y D10-D11.

**RMN lumbosacra:** Sin alteraciones valorables.

**CONCLUSIÓN:** Lesión sólida afectando a la médula desde C5 a D1 asociada a siringomielia proximal y distal, compatible con GLIOMA MEDULAR.

## **DIAGNÓSTICO FINAL**

- LESIÓN MEDULAR C5-D1 COMPATIBLE CON GLIOMA
- SIRINGOMIELIA C1-D6
- **SIRINGOMIELIA ASOCIADA A TUMOR INTRAMEDULAR (posible glioma)**

Una vez completado el estudio se decidió remitir al paciente al Servicio de Neurocirugía para valorar las distintas opciones terapéuticas: válvula de derivación o resección del tumor.

## **DISCUSIÓN**

La Siringomielia es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la presencia de cavidades quísticas dentro del cordón espinal con una edad media de aparición de 30 años. Hasta en un 84% de los casos está asociada con las malformaciones de la unión craneo-cervical (Chiari tipo I o II e impresión basilar), en un 10% con tumores intramedulares, en un 5% con traumatismos (tras fracturas espinales) y en un 1% con hidrocefalia.

La siringomielia aparece entre un 25 y un 58% de los tumores intramedulares, sobre todo gliales (ependimoma y astrocintoma). La mayoría de las veces la lesión quística se sitúa sobre el tumor apareciendo en estos casos paraparesia progresiva, pérdida sensitiva y disfunción esfinteriana, con una afectación radicular menos prominente y más tardía.

En los casos de siringomielia asociados a un tumor medular es importante su derivación precoz a Neurocirugía ya que la resección tumoral consigue la desaparición de la lesión quística en la mayoría de los casos. El pronóstico suele estar determinado por el estado neurológico previo y no por la presencia del quiste.

Consideramos de interés nuestro caso en primer lugar porque la existencia de un tumor medular intramedular es una causa poco frecuente de Siringomielia y en segundo por el carácter paucisintomático en nuestro paciente si consideramos la extensión de la lesión observada en la neuroimagen, tanto de la posible lesión tumoral como la de cavidades siringomiélicas.

Ante los hallazgos radiológicos descritos nos planteamos la necesidad de valorar la realización de estudios de neuroimagen en aquellos pacientes con dolor a nivel de la columna vertebral, que si bien pueden presentar características musculares no responden de manera satisfactoria al tratamiento habitual con analgésicos y/ o antiinflamatorios, ante la posibilidad de una lesión subyacente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Samii M., Klekamp J., Surgical results of 100 intramedullary tumors in relation to accompanying syringomyelia. *Neurosurgery* 35: 865, 1994.
2. Zeidman S., McCormick., Ellenbogen R., Syringomyelia Associated with Intraspinial Neoplasms. En: *Syringomyelia and the Chiari Malformations, Neurosurgical Topics, The American Association of Neurological Surgeons.* 1997.
3. Samii M., Klekamp J., Surgical results of 100 intramedullary tumors in relation to accompanying syringomyelia. *Neurosurgery* 35: 865, 1994.