



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4249 - DOCTORA, ESTE DOLOR DE ESPALDA ES INSOPORTABLE

M. Pérez González<sup>a</sup>, L. Blázquez González<sup>b</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>b</sup> y M. Quesada Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años sin antecedentes de interés. Consulta por lumbalgia mecánica de varios meses de evolución, sin traumatismo previo. A pesar de la analgesia, el dolor se hace de reposo junto con parestesias y debilidad en MMII, inestabilidad para deambular e incontinencia urinaria. Se realiza RMN con resultado de lesión tumoral intradural-extramedular D12-L1, por lo que se deriva a Neurocirugía de forma preferente y programan intervención quirúrgica para exéresis tumoral.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/77 mmHg. FC: 98 lpm. T<sup>a</sup>: 36,2 °C. Saturación O<sub>2</sub>: 97%. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Columna: no apofisalgia, no dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Lasègue y Bragard negativos. Movilidad dolorosa y limitada. Maniobra de carga negativa. Fuerza conservada 4/5 en MMII. Reflejo patelar exaltado bilateral y aquileo hipoactivo bilateral. Sensibilidad conservada. Radiografía columna: pinzamiento L5-S1. RMN: lesión tumoral intradural D12-L1 que desplaza hacia la derecha el cono medular. Electromiografía: cambios neurogénicos crónicos en L3-L4 con signos de reagudización L3-L5 y S1. Anatomía patológica: Meningioma mixto.

**Orientación diagnóstica:** Meningioma intradural-extramedular D12-L1.

**Diagnóstico diferencial:** Las lumbalgias se deben a causas mecánicas (ligamentosas, musculares, hernias discales...) y no mecánicas (mieloma múltiple, metástasis, abscesos, artritis...). Puede ser secundaria a enfermedades de órganos vecinos como urolitiasis o aneurisma aórtico.

**Comentario final:** Los tumores intrarraquídeos son poco frecuentes, predominando los de localización extradural y seguidos de los intradurales extramedulares. Los tumores primarios (meningiomas y schwannomas) son los más frecuentes. Los meningiomas tienen un pico de incidencia entre la quinta y sexta década de la vida, afectando en mayor proporción a mujeres. Son de crecimiento lento y comportamiento benigno. Se manifiestan con dolor, debilidad muscular, parestesias, alteraciones de la marcha y disfunción vesical o intestinal. En la RMN aparece un tumor solitario, sólido y bien circunscrito. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando existe dolor intenso o déficit neurológico, realizando la exéresis del tumor y laminoplastia.

### Bibliografía

1. Arnautovic K, et al. Extramedullary intradural spinal tumors: a review of modern diagnostic and treatment options and a report of a series. *Bosn J Basic Med Sci.* 2009;9(Suppl 1):S40-5.
2. Mariniello G, et al. Sudden post-traumatic sciatica caused by a thoracic spinal meningioma. *Neuroradiol J.* 2016;29(5):390-2.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Tumor intradural. Meningioma.