



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/398 - A PROPÓSITO DE UN CASO: LUMBOCIATALGIA INTENSA CON INESTABILIDAD TRONCULAR

B. Urdín Muñoz¹, I. Marín Subero², J. Ballesta Fuentes³ y S. Garrido Ballesteros³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertrigliceridemia, en espera de intervención quirúrgica por fisura anal. Acude a Urgencias derivado desde Centro de Salud por lumbociatalgia derecha de una semana de evolución, resistente a tratamiento médico corticoideo (metilprednisolona), analgésico (paracetamol, tramadol y nolotil) y miorrelajante (diazepam). Destaca importante afectación por dolor, con incapacidad para la bipedestación.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Afebril. Exploración de miembro inferior derecho en decúbito supino: hipoestesia en cara lateral, Lasègue y Bragard positivos, reflejos osteotendinosos: 1/4 rotuliano izquierdo y aquileo 0/4 y Babinsky flexor. Tras analgesia, se intenta la sedestación, que muestra intensa inestabilidad troncular. Asistido, el paciente pasa a bipedestación, que mantiene únicamente con flexión de rodillas y de caderas, con gran temblor muscular y sin apoyo de talón. Se contacta con Neurología, quien confirma la orientación diagnóstica de afectación radicular lumbar bilateral de predominio izquierdo (síntomas motores y sensitivos de raíces L3-L5). Se solicita una resonancia magnética urgente, donde se observa una voluminosa tumoración sacra localmente agresiva, destructiva, de márgenes polilobulados, sólida, con afectación de cuerpos vertebrales e invasión de canal espinal y forámenes a nivel S1-S3, comprimiendo raíces sacras. La biopsia resulta compatible con metástasis de hepatocarcinoma, evidenciado posteriormente en TAC. Pasa a control por Oncología médica y radioterápica y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria para control del dolor.

Orientación diagnóstica: Lumbociatalgia resistente a analgesia con criterios de afectación neurológica.

Diagnóstico diferencial: Compresión medular, hernia discal, fractura vertebral.

Comentario final: La radiculopatía lumbosacra aguda afecta al 3-5% de la población general y supone un motivo de consulta frecuente, siendo imprescindible diferenciar los cuadros benignos de los malignos. Se recomienda la realización de neuroimagen urgente en los casos que impliquen afectación neurológica severa: radiculopatía aguda con déficits neurológicos progresivos rápidos, con retención urinaria, anestesia perineal o con afectación bilateral. Un mal control del dolor en

ausencia de afectación neurológica no es indicación de neuroimagen urgente.

Bibliografía

1. Henschke N, Maher C, Ostelo R, de Vet H, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.

Palabras clave: Neuropatía ciática.