



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3350 - MUJER DE 59 AÑOS CON LUMBALGIA IRRADIADA A EXTREMIDAD INFERIOR. ¡NO TODO ES CIÁTICA!

*E. Franco Piedrafita, R. Peiro Navarro y M. Fradera Subirana*

*Médico de Familia. CAP Arenys de Mar. Barcelona.*

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente histriónica con dolor glúteo izquierdo desde hace 3 días con parestesias en el pie. Se pautó tratamiento sintomático con paracetamol, tramadol y metamizol magnésico. Reconsulta la siguiente semana a: profesionales del equipo, urgencias atención continuada y de Hospital, reajustando el tratamiento analgésico y prescribiendo corticoides intramusculares. Rx: espondilolistesis L5-S1. Solicitada RNM. Nuevamente acude por dolor y debilidad ambas piernas. Anamnesis: dolor lumbar irradiado ambas piernas y hormigueo en pie derecho. Antecedentes: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, rinitis alérgica, depresión reactiva, ansiedad. Lumbalgia aguda (2014). Espondilosis, discopatía degenerativa cervical C3-C4-C5, protrusión posterocentral C3-C4. Hernia discal lumbar (2016). Intervenciones: tendón supraespinoso, hallux valgus bilateral, sd. túnel carpiano. No alergias medicamentosas. Vacunaciones. Difteria-tétanos y neumococo 2014, vacunación antigripal anual. Tratamiento actual: losartan/HCTZ, furosemida, barnidipino, metformina, insulina aspartato, insulina lispro protamina, omeprazol, simvastatina, diazepam, sertralina, gabapentina, lorazepam, paracetamol y metamizol a demanda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Disminución de fuerza a la flexión dorsal ambos pies y a la elevación pierna derecha. Analítica y ECG normal, serologías normales excepto IgG VEB positiva, LCR: prot 179, céls 14. Rx: espondilolistesis L5-S1. RMN lumbar: protrusión discal L1-L2 y L4-L5. Artrosis facetaria. EMG: Polineuropatía desmielinizante de 4 extremidades sin denervación aguda. Probable polirradiculopatía desmielinizante.

**Juicio clínico:** Derivada a Urgencias hospitalarias ante sospecha de patología neurológica.

**Diagnóstico diferencial:** Osteomuscular: hernia discal, estenosis del canal, fractura vertebral, espondilólisis/listesis, espondiloartropatía. Sistémicas: enfermedades del tejido conectivo, amiotrofia diabética, porfiria, carenciales (tiamina). Autoinmunes: Guillain-Barré, miastenia gravis. Infecciosas (osteomielitis, discitis, herpes zóster, pielonefritis, botulismo, fiebre tifoidea, difteria, Lyme, CMV). Neuropatías periféricas. Vasculitis. Neoplasia primaria o metastásica. Dolor referido: Endometriosis, aneurisma aorta, procesos gastrointestinales, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, cólico nefrítico. Mielopatía tóxica (organofosforados, plomo).

**Comentario final:** Diagnóstico: síndrome de Guillain-Barré. Ante una lumbociatalgia sin mejoría

clínica hemos de plantearnos los posibles diagnósticos diferenciales, especialmente si aparecen síntomas neurológicos. Una buena anamnesis y exploración física sigue siendo la base del diagnóstico.

### **Bibliografía**

1. Casazza Brian A. Diagnosis and Treatment of Acute Low Back Pain. Am Fam Physician. 2012;85(4):343-50.
2. Park DK, Singh K, Howard S. Evaluación del dolor de Espalda. BMJ Best practice. 2015.
3. Hsu PS, Armon C, Levin K. Acute lumbosacral radiculopathy: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. 2017 UpToDate.

**Palabras clave:** Lumbociatalgia. Guillain-Barré. Neuropatía.