



242/4187 - NO TODO SON LUMBALGIAS

M. Espada Zurera^a, P. Lardiés Uriol^a, C. Cascao Moutinho-Pereira^a, I. Noguera Martínez^a, F. López Ortiz^b y M. Venegas Gato^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, con antecedentes personales de anemia ferropénica secundaria a menstruación abundante en tratamiento con hierro oral. Acude a consulta de Atención Primaria en múltiples ocasiones a lo largo de 10 meses por lumbalgia crónica no irradiada sin focalidad aguda asociada. Tras escalaje analgésico ineficaz es derivada al Servicio de Traumatología, diagnosticando lumbalgia mal definida sin criterios de radiculopatía. La paciente comienza con dificultad franca para la deambulación tras 12 meses desde inicio del cuadro, debilidad en miembros inferiores e incontinencia urinaria. Es derivada al Servicio de Reumatología decidiéndose ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física no se objetivan apofisalgias. Lasègue negativo bilateral. Balance muscular de miembros inferiores con debilidad en psoas e isquiotibiales de predominio derecho. Alteración de la sensibilidad táctil y posicional con dificultad para la marcha y disminución del reflejo rotuliano de miembro inferior derecho. Pruebas complementarias analíticas normales. Radiografía lumbar sin hallazgos patológicos y RMN donde se objetiva lesión sólida extramedular intradural en nivel D11-D12 compatible con tumor benigno, sugestivo de meningioma, sin poder descartar tumor neurogénico, ocasionando importante compresión de cordón medular.

Juicio clínico: Paraparesia grave secundaria a tumoración raquídea intradural extramedular de 11 × 12 mm en relación a meningioma atípico.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia mecánica, neurinoma.

Comentario final: Se deriva al Servicio de Neurocirugía para tratamiento. Se programa laminectomía en bloque D11-D12 y extirpación lesional, presentando postoperatorio sin incidencias y buena evolución, remitiendo por completo el cuadro tras tratamiento rehabilitador. Los meningiomas son los tumores primarios del sistema nervioso central más frecuentes. La incidencia aumenta con la edad. Los espinales suponen el 10% del total, siendo más frecuentes en mujeres (9:1). La mayoría son asintomáticos pudiendo presentar alteraciones focales según localización como debilidad de miembros inferiores. El diagnóstico se realiza por clínica y pruebas de imagen. La estadificación depende de la localización, tamaño y sintomatología. El tratamiento pasa de observación en tumoraciones pequeñas y asintomáticas a extirpación y/o radiación en lesiones sintomáticas, atípicas o malignas.

Bibliografía

1. Park JK. Epidemiology, pathology, clinical features, and diagnosis of meningioma. Uptodate, 2016.
2. Park JK, Shih HA. Management of known or presumed benign (WHO grade I) meningioma. Uptodate, 2016.

Palabras clave: Lumbalgia. Meningioma. Paraparesia. Miopatía.