



242/2772 - LUMBALGIA EN MUJER JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Luque de Ingunza^a, P. Domínguez Sánchez^b, P. de la Cruz García^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^bMédico de Familia. SCCU Hospital de Jerez. Cádiz. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital de Jerez. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años sin AP de interés. Acude a urgencias por dolor lumbar paravertebral de varios días sin relación con traumatismo o esfuerzo. Posteriormente hipoestésias en hemiabdomen derecho desde D7, aumento de frecuencia miccional y estreñimiento. En las últimas 24 horas extensión de hipoestésias a zona perineal derecha y MID imposibilitando la deambulacion.

Exploración y pruebas complementarias: COC, BEG, BHYP, eupneica en reposo. Pupila isocóricas y normorreactivas, pares craneales conservados. Hipoestesia perineal derecha. MID: déficit a la flexión dorsal 2/5, déficit a flexión plantar 3/5, déficit a la extensión del primer dedo 4/5, déficit a la extensión de pierna y flexión de muslo 3/5. RCP indiferente. ROT rotuliano y aquileo exaltados. MII: déficit a la flexión plantar 4/5, resto sin hallazgos. Resto de exploración anodina. Neurocirugía indica extracción de hemograma, bioquímica y coagulación siendo normales. RMN cervico-dorso-lumbar: no causa compresiva, ni tumoral ni otra etiología susceptible de tratamiento quirúrgico. Hiperseñal medular dorsal, sugestivo de mielopatía. Ante posible mielitis se ingresa en neurología. En planta, punción lumbar normal. RMN craneal: múltiples imágenes hiperintensas milimétricas en secuencias T2 y FLAIR en sustancia blanca subcortical frontoparietal bilateral, en centro semioval derecho de 5,7 mm, y en región capsulo-talámica izquierda de 4,4 mm. No efecto masa ni restricción de la difusión. Tras contraste no se identifica realce. Mejoría clínica tras la administración de 1 g de 6-metilprednisolona durante 5 días. Dada de alta con sospecha de esclerosis múltiple remitente-recurrente y revisión en neurología.

Juicio clínico: Mielitis dorsal, sospecha de esclerosis múltiple RR.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia, hernia discal, neoplasia.

Comentario final: La ES es una enfermedad crónica del SNC de etiología desconocida y curso impredecible. La forma remitente-recurrente es la más frecuente. Inicialmente puede ser asintomática dificultando su diagnóstico. La lumbalgia aparece en un 10-16% de los pacientes, aunque también se relaciona con posturas anómalas, dificultad para deambular, falta de ejercicio físico, uso de silla de ruedas o encamamiento prolongado.

Bibliografía

1. Bermejo PE, Oreja-Guevara C, El dolor en la esclerosis múltiple: prevalencia, mecanismos, tipos y tratamiento. Rev Neurol. 2010;50:101-8.
2. Fernández Fernández O, Fernández Sánchez, VE. Esclerosis múltiple. Concepto. Etiopatogenia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. Historia natural. Pronóstico. Elsevier. 2003;8:5185-95

Palabras clave: Mielitis. Hipoestesias. Esclerosis múltiple.