



283/8 - DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE COLA DE CABALLO EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Muñoz Olmo^a, I. Peral Martínez^b, R. García Escalante^c, A. González Cárdenas^d, E. Sánchez Fernández^e y J. Gomáriz García^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

^cEnfermera. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia. ^fMédico de Familia y Tutor. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años, exfumador y EPOC conocido, que vuelve a consulta por dolor lumbar de un mes de evolución. En la anterior consulta, presentó dolor lumbar bilateral sin irradiación y de características mecánicas, sin traumatismo previo y con Lasègue negativo. A pesar de reposo relativo y AINEs no ha mejorado, añadiéndose desde hace dos días parestesias y pérdida de fuerza progresiva en ambos MMII.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Afebril. Normotenso. Exploración neurológica normal excepto MMII, donde se observa pérdida de fuerza 3/5 en MID y 4/5 en MII. Hipoestesia más intensa en MID, correspondiendo a nivel sensitivo aproximadamente L5, y en silla de montar. ROT conservados. Pulsos presentes. No signos de TVP. Se detecta globo vesical, precisando sondaje urinario y cierta incontinencia fecal. Resto de la exploración anodina. Se derivó al hospital de referencia para pruebas complementarias, destacando la presencia de nódulo pulmonar en LSI no conocido y lesiones sugerentes de metástasis, según RNM, a nivel D12, L3 y L5 con componente compresivo medular. Cursó ingreso para estudio y tratamiento.

Juicio clínico: Síndrome de cola de caballo por compresión medular a nivel L5 de probable origen neoplásico.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia. Hernia discal.

Comentario final: El dolor lumbar es un síntoma muy prevalente en la población española, suele ser intenso y muy incapacitante. Es un frecuente motivo de consulta en Atención Primaria y su exploración y manejo deben formar parte de las competencias básicas del Médico de Familia. Debemos orientar el diagnóstico atendiendo a los signos de gravedad: características del dolor y la presencia de clínica neurológica, a través de la historia clínica y la exploración. Si el dolor se acompaña de déficit sensitivo o motor, como la pérdida de fuerza o la hipoestesia, indica gravedad y precisa de técnica de imagen urgente. En el caso del síndrome de cola de caballo, debe alertarnos la

presencia de parestesias en las zonas rectal, genital y cara interna de los muslos, además de pérdida de fuerza en piernas y retención urinaria.

Bibliografía

1. Rull M, Catalá E, Ferrándiz M. Dolor lumbar. En Catalá, E. Manual de Tratamiento del Dolor, 3ª ed. Permanyer 2015. pp 389-419.
2. Kovacs FM, Arana E. Patología degenerativa en la columna lumbar. Radiología. 2016;58(S1):26-34.