



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-014 - LAS OTRAS CARAS DE LA LUMBOCIATALGIA

M. Lobo Marín, S. Ruiz Rejano, B. Muñoz Díaz, R. Escuder Egea, J. Martínez de la Iglesia y R. Moyano García

CS Lucano.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 53 años sin antecedentes patológicos de interés que presenta dolor glúteo izquierdo irradiado a miembro inferior ipsilateral de dos meses y medio de evolución. Escasa mejoría del dolor con analgesia habitual. Mejora parcial y transitoriamente con corticoides orales. Se deriva para valoración por Neurocirugía que solicita RM.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presenta Lasegue positivo y dolor a la palpación profunda de región glútea. Inicialmente fuerza y sensibilidad del miembro conservadas. Posteriormente progresiva pérdida de fuerza, hiporreflexia y disminución de masa muscular del miembro inferior izquierdo dificultando la deambulación. Mantiene el control de esfínteres. No se aprecian alteraciones en radiografía de columna vertebral lumbosacra. RM lumbosacra: se aprecia tumoración centrada en hueso iliaco y mitad izquierda del sacro, con masa de partes blandas que infiltra y desplaza anteriormente al músculo. La masa presenta unos 15 cm de diámetro mayor. Tras la administración de contraste presenta un realce heterogéneo, con áreas de degeneración necroticoquística central. Se observan focos de alteración de la intensidad de señal de los cuerpos vertebrales de L1 y L3. Los hallazgos podrían corresponder a un sarcoma, metástasis o proceso neoplásico hematológico. Tras recibir el resultado de la resonancia, el paciente es derivado a Oncología donde realizan biopsia radiodirigida con resultado de infiltración por adenocarcinoma bien diferenciado de probable origen gastrointestinal. RM abdominal: masa de aspecto heterogéneo que parece depender de la cola pancreática e infiltra el bazo, polo superior del riñón izquierdo y ángulo esplénico del colon. Lesiones hepáticas metastásicas. Múltiples lesiones líticas con masa de partes blandas en esqueleto axial, metastásicas. Varios implantes mesentéricos. Infiltración tumoral de la vena esplénica.

Juicio clínico: Cáncer de páncreas metastásico.

Diagnóstico diferencial: Ante el cuadro clínico inicial que presentaba el paciente podemos plantearnos como posibilidades diagnósticas. Origen neurogénico: herniación del núcleo pulposo del disco intervertebral, estenosis del canal lumbar, etc. Origen mecánico: traumatismo, contractura muscular, distensión tendinosa, espondiloartrosis, etc. Cuadro inflamatorio: como por ejemplo bursitis peritrocantérea, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, etc. Cuadro infeccioso: tuberculosis, brucelosis, etc. Neoplasia: primaria, metástasis espinales o de partes blandas. Origen psicógeno.

Comentario final: Ante un dolor lumbar irradiado a miembro inferior lo más frecuente es pensar en

una compresión radicular por herniación del disco intervertebral. Sin embargo es importante no olvidar que no es esta la etiología exclusiva de este tipo de cuadros. Si bien al comienzo la clínica y la exploración son de poca ayuda para distinguir el origen de este tipo de dolor, es muy importante observar la evolución del paciente y su respuesta al tratamiento. El objetivo de la exposición de este caso es recordarnos que aunque se trate de patologías frecuentes en la consulta, siempre hay que realizar un adecuado diagnóstico diferencial y tener presente etiologías alternativas. Desgraciadamente en el caso de nuestro paciente, el diagnóstico no ayudó a aumentar las expectativas terapéuticas, siendo candidato únicamente a medidas paliativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. SECOT. Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 2ª ed. Panamericana, 2010.