Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1621

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2162 - DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO; LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Santamaría[a], C. de Manueles Astudillo[a], Á. Morán Bayón[a], N. Diego Mangas[a], C. Montero Sánchez[b], Á.F. Viola Candela[c], M. Robles Torres[d], J.I. Delgado Redondo[e], E. de Dios Rodríguez[e] y S. Rodrigo González[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años sin antecedentes de interés que hace tres semanas presentó un traumatismo sacro por caída sobre glúteos. La paciente presentó mejoría espontánea durante las dos primeras semanas. Después, sin ningún antecedente de interés presenta un empeoramiento progresivo con limitación a la deambulación por dolor de características mecánicas, primero en la zona sacrococcígea y actualmente en región lumbar baja. La paciente refiere que el dolor se desencadena cuando inicia el paso en la deambulación sin presencia de dolor en sedestación, bipedestación ni en trasferencia silla-bipedestación. No refiere pérdida de control de esfínteres, disminución de fuerza ni sensibilidad en miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: No presenta dolor a la palpación ni percusión de apófisis espinosas ni de la musculatura paravertebral. Movilidad de cadera conservada. Fuerza 5/5, sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados y simétricos. Deambulación de puntillas y talones conservada, realiza bipedestación y deambulación. Limitación por el dolor en la deambulación en la zona lumbar. Dado el antecedente traumático la clínica y exploración se solicita una radiografía lumbosacra observándose una fractura en platillo superior de 5ª vértebra lumbar sin compromiso de muro posterior ni de la altura del platillo vertebral. La paciente es derivada a traumatología para valoración y tratamiento.

Juicio clínico: Fractura parcelar de platillo vertebral L5 estable.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente se sospecha una coxigodinia pero dada la evolución de la paciente y con el antecedente traumático se sospecha una fractura vertebral.

Comentario final: En numerosas ocasiones los médicos de Atención Primaria evaluamos a los pacientes en el momento más indiferenciado de la enfermedad. De ahí la importancia de realizar un seguimiento para descartar posibles complicaciones que requieran un abordaje más específico. En el caso presentado, la mala evolución de la paciente con dolor selectivo a nivel lumbosacro tras un

traumatismo nos debe hacer sospechar la presencia de una fractura vertebral. En el anciano puede no haber un antecedente traumático convincente pero la sospecha de fractura vertebral requiere estudio radiológico. El factor más importante a determinar en toda lesión vertebral es la estabilidad raquídea, pues influye enormemente en el tratamiento. Ante la evidencia de una lesión medular debe iniciarse cuanto antes la administración de corticoides que mejoran y evitan la progresión de la lesión. Es importante diferenciar a su vez las fracturas estables e inestables ya que estas últimas son más susceptibles de presentar una complicación medular. Un acuñamiento de más de 20º, disminución de altura del muro posterior, sospecha de lesión del complejo ligamentoso posterior y de las estructuras asociadas, así como desplazamiento de una vértebra sobre otra son signos de inestabilidad. El tratamiento de las fracturas estables puede realizarse mediante inmovilización ortopédica con faja dorsolumbar mientras que las inestables suelen requerir cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roig García JJ, Montero Pérez FJ, Castro Chofles L, Aguayo Galeote MA, Jiménez Sánchez C, Jiménez Murillo L. Fracturas y luxaciones de pelvis y columna vertebral. En: Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Elsevier; 2010. p. 944-50.

2. Ensrud KE, Schousboe JT. Vertebral Fractures. N Engl J Med. 2011.364:1634-42.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.