Semergen. 2015;41 (Espec Congr):509

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2303 - LUMBALGIA Y PARESTESIAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES

I.M. Blancas Sánchez[a], N. Ramos Rodríguez[b] y E.M. Fernández Moreno[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Palma del Río. Córdoba. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, con antecedentes personales de HTA en tratamiento con Carvedilol e hidroclorotiazida y artrosis en tratamiento con condrosan. Sin más antecedentes de interés. Acude al Servicio de Urgencias por persistencia de los síntomas y no mejoría tras tratamiento para una sospecha de ciatalgia. La paciente refiere que hace una semana notó de forma brusca acorchamiento de sus extremidades inferiores, de la zona del periné y una torpeza en los movimientos de sus extremidades inferiores que le dificultaba realizar una deambulación normal. Sin alteraciones en el control de esfínteres. Dolor lumbar, diferente al que suele sufrir esporádicamente. Sin otros síntomas neurológicos. No ha tenido fiebre ni episodios previos de déficit neurológico o indicios de enfermedad sistémica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración cardíaca, respiratorio, abdominal y MMII anodina. Exploración neurológica con pupilas isocóricas y normorreactivas. No papiledema. Pares craneales normales. Hipoalgesia con nivel sensitivo T10, sin déficit motor ni de coordinación. Sensibilidad profunda normal. ROT vivos, más en extremidades inferiores, con Babinski izquierdo. Marcha normal. Resto de exploración neurológica normal. Hemograma, coagulación y VSG normal. Bioquímica rutinaria con lípidos y enzimas normal. Factor reumatoideo negativo. ANA, anticardiolipina, anti beta 2-glicoproteína negativo. Serologías lúes, borrelia, brucella negativas. Radiografía de tórax sin hallazgos. ECG ritmo sinusal trazado anodino. Ecocardiograma con IAo leve. RM sin contraste iv de columna lumbosacra con alteración de señal medular dorsal lineal a la altura D10-D11, localizada en región posterior medular. En región lumbar espondilolistesis grado II con imagen de espondilolisis asociada y fenómenos degenerativos tipo Modic en L5-S1. No hallazgos de fístula dural. RM cérvico-craneal sin signos sugestivos de enfermedad desmilinizante, resto de estructuras sin alteraciones. Potenciales evocados somestésicos de ambos MMII alterados por ausencia de respuesta en MID, y respuesta de latencia aumentada en MMII, compatible con afectación de la vía cordonal posterior de los mismos.

Juicio clínico: Afectación medular posterior de posible causa isquémica.

Diagnóstico diferencial: Tumor. Infección. Fractura. Hernia discal. Síndrome de cola de caballo.

Comentario final: El dolor lumbar con irradiación hacia miembros inferiores constituye un motivo de consulta frecuente y una clínica recidivante. El infarto medular constituye una entidad de difícil

diagnóstico ya que existen otras patologías más comunes y con clínica similar que pueden entorpecer el distinguir dicha etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roig Escofet D. Síndromes de origen lumbar. En: Roig Escofet D, editor. Reumatología en la consulta diaria: Espax, 1997; 91-8.

2. Moyá Ferrer F. Lumbalgia. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Panamericana eds. Madrid 2000; 96-103.

3. Humbría Mendiola, A. Patología compresiva del raquis. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. Panamericana eds. Madrid 2000; 492-9.

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