Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):3

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/638 - DOLOR LUMBAR BAJA CON LATERALIZACIÓN A MIEMBRO INFERIOR DE DIFÍCIL MANEJO

A. Nofan Maayah[a], V.E. Choquehuanca Núñez[b], E. Pascual Roquet-Jalmar[c], J.S. Serrano Hernández[a], M. Santos Gravalosa[a], B. Coll Bas[a], M. González Piñuela[a], K.P. Baldeón Cuenca[d], S.A. Álvarez Agudelo[e] y J.A. Agudelo Vasquez[e]

[a]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud de Irurtzun. Navarra. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, Antecedentes personales (AP): trocanteritis derecha y síndrome piriforme derecho que precisó analgesia de 2º escalón y múltiples infiltraciones con mejorías parciales, Tendinitis calcificante de glúteo mayor derecho. Seguida en nuestra consulta por dolor lumbar bajo de meses de evolución, en el transcurso de las visitas los dolores presentan distintas manifestaciones y localizaciones mencionadas en (AP). Acude por dolor intenso en zona lumbar baja que irradia a glúteo, cara interna del muslo derecho, aumenta el dolor al sentarse, y se asocia a hipostesia y hormigueo en cara interna del muslo derecho, progresivo de comienzo insidioso.

Exploración y pruebas complementarias: Marcha de puntas y talones normales. Fuerzas musculares de ambos miembro inferiores de 5/5, Laségue negativo, aumenta el dolor con la maniobra de Valsalva, reflejos osteotendinosos simétricas y presentes. Hipostesia cara interna del muslo derecho, no presenta relajación de esfínteres. RX lumbosacra y cadera: anodinas. Analítica incluyendo reactantes de fase aguda: normales. RM: Quistes meníngeos perirradiculares extraforaminales en raíz L4 y del tronco lumbosacros derechos de 19 mm y 3 4mm respectivamente. Se deriva al servicio de neurocirugía para valoración con sospecha de quiste de Tarlov sintomática.

Juicio clínico: Quiste de Tarlov sintomática (QTs).

Diagnóstico diferencial: Hernia discal, aracnoiditis, divertículos meníngeos y prolongaciones aracnoideas largas.

Comentario final: La incidencia anual de (QTs) es de menos de 1/2.000. Se presenta en forma de dolor en la zona de los nervios afectados por el quiste, debilidad muscular, dificultad para permanecer sentado por períodos prolongados, pérdida de la sensibilidad, pérdida de reflejos, dolor al toser o estornudar, inflamación en la zona sacra, parestesias, cefaleas, la ciática, incontinencia urinaria y disfunción sexual. El diagnóstico se basa en la resonancia magnética (RM), La reevaluación de la paciente es importante ante nuevo hallazgo asociado.

Bibliografía

1. Cattaneo L, Pavesi G, Mancia D. Sural nerve abnormalities in sacral perineural (Tarlov) cysts [carta]. J Neurol. 2001;248:623-4.
2. Mummaneni PV, Pitts LH, McCormack BM, Corroo JM, Weinstein PR. Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts. Neurosurgery. 2000;47:74-9.

Palabras clave: *Quiste de Tarlov. Lumbocitalgia. Imagen perineural en RM.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.