



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 387/145 - ¡NO ME PUEDO PONER DERECHO!

D. Fernández Torre<sup>1</sup>, P. López Tens<sup>2</sup>, A. Blanco García<sup>2</sup>, J. Villar Ramos<sup>3</sup>, M. Guerra Hernández<sup>4</sup>, M. Montes Pérez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria. <sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Corrales. Buelna. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años con antecedentes de ACXFA anticoagulada, SAHOS, HTA, osteoporosis y dislipemia que acude por cuadro de 2 meses de evolución de dolor lumbar de perfil mecánico irradiado por cara posterior de EII hasta el pie y parestesias que se ha agudizado en los últimos días. Refiere dolor de intensidad creciente hasta hacerse invalidante (ha dejado de andar) que no cede con analgesia habitual. El paciente niega síndrome general, fiebre, hipoestesia, pérdida de fuerza, relajación de esfínteres y otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor intenso con la posición erguida. Columna lumbar: dolor a la palpación paralumbar bilateral y apófisis espinosas. EEII: Lasègue y Bragard izquierdo positivo a 30°. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos conservados. No edemas. Ante esta clínica instauró tratamiento analgésico, solicitó radiografía lumbosacra y TAC/RMN lumbosacro para descartar afectación mielo-radicular. Rx lumbosacro: signos degenerativos graves columna lumbar. Disminución del espacio intervertebral L3-L4. Osteoporosis. TAC/RMN lumbosacro: osteoporosis generalizada con discreta remodelación de los cuerpos vertebrales estudiados. Severos cambios degenerativos generalizados tanto a nivel intersomático como a nivel de articulaciones interapofisarias posteriores. En cuanto a la afectación por espacios: En el nivel L2-L3: mínima protrusión discal circunferencial con calcificación periférica del disco sin clara repercusión saco-radicular asociada. En el nivel L3-L4: herniación discal dorsolateral izquierda de gran tamaño que ocupa la mayor parte del canal vertebral desde el lado izquierdo comprimiendo el saco tecal, originándose un grave efecto compromiso saco-radicular sobre las raíces emergentes. En el nivel L4-L5: se objetiva un potencial efecto compresivo radicular L4 derecha a nivel foraminal secundario a los cambios degenerativos. En el nivel L5-S1: osteofito marginal dorsolateral izquierdo que contacta discretamente con la raíz L5 izquierda. Dos lesiones quísticas a nivel sacro entre las raíces S2-S3 izquierdas (2 × 1,1 × 1,2 cm) y otra a nivel S3-S4 derecha (1,2 cm de diámetro mayor).

**Juicio clínico:** Herniación gigante L3-L4 con estenosis de canal severo y potencial efecto compresivo sobre el saco radicular. Compresiones radiculares a otros niveles secundarios a cambios degenerativos. Quistes de Tarlov a nivel sacro.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia inespecífica, lumbociatalgia, espondilosis/espondilolistesis, espondilodiscitis, fractura vertebral, síndrome facetario, hernia/protrusión discal, espondiloartropatía inflamatoria, tumores, enfermedades sistémicas.

**Comentario final:** La lumbalgia es un síntoma frecuente por lo que se acude a diario a los centros de salud. La mayoría de las veces corresponde a una lumbalgia mecánica de origen inespecífico pero no debemos olvidar los signos de alarma ("banderas rojas") desde Atención Primaria que nos pueden indicar otra etiología de mayor gravedad (dolor nocturno, no cede con el reposo, sintomatología acompañante, intensidad creciente...). En este caso, se derivó al paciente a la Unidad de Neurocirugía para valoración quirúrgica. La estenosis de canal lumbar se define como el estrechamiento estructural del canal raquídeo en la zona lumbar. La fisiopatología está determinada por el estrechamiento progresivo del canal lumbar por enfermedad degenerativa que produce compresión mecánica de las raíces de la cauda equina desencadenando dolor y alteraciones neurológicas (claudicación neurógena).

## Bibliografía

Arnau JM, Vallano A, Lopez A, Pellise F, Delgado MJ, Prat N. A critical review of guidelines for low back pain treatment. Eur Spine J. 2006;15(5):543-53.