



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

387/3 - LUMBOCIATALGIA EN PACIENTE OSTEOPORÓTICO

D. Sánchez Andrés¹, A. Morán Caballero¹, A. de la Cal Núñez¹, A. Gutiérrez Pérez de Lis²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con AP de HTA, osteoporosis, hipovitaminosis D, menopausia precoz, que acude a Urgencias de CS por presentar dolor mecánico en EID de 10 días de evolución, que comenzó en relación a un esfuerzo en domicilio. No traumatismo aparente. El dolor se inicia en región lumbar con irradiación hacia muslo y rodilla derecha, y posteriormente solo persiste en muslo derecho. Acude varias veces a su MAP y a Urgencias Hospitalarias, recibiendo tratamiento con metamizol y diclofenaco IM en un primer momento, sin respuesta. Posteriormente, recibe dos inyecciones de betametasona IM (última hace 5 días), con moderada respuesta. Además, prescriben dexketoprofeno + tramadol con escasa mejoría. Como consecuencia de factores de alarma (paciente > 50 años, dolor en reposo, osteoporosis, no mejoría con tratamientos habituales, toma de corticoides), se decide derivar a Centro Hospitalario para la realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: No dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbares, cresta ilíaca, troncánteres ni región glútea. Dolor en región cuadricipital, que no se modifica con la palpación profunda. Lasègue y Bragard negativos. Deambulación muy dificultosa, ayudada de un bastón. Radiografía de columna lumbar: aplastamiento L3. TAC lumbo-sacro: fractura aplastamiento de L3 aguda con afectación del muro posterior.

Juicio clínico: Fractura-aplazamiento de L3 en paciente con antecedentes de osteoporosis e inyecciones de corticoides IM.

Diagnóstico diferencial: Fractura vertebral, lumbociatalgia, lumbalgia inespecífica, síndrome piramidal.

Comentario final: Aunque en la actualidad el tratamiento con corticoides IM para las lumbalgias agudas es muy habitual tanto en Atención Primaria como en Urgencias Hospitalarias, no existe suficiente evidencia como para determinar que dicho tratamiento sea beneficioso. El año pasado el “American College of Physicians” publicó una guía clínica para el tratamiento del dolor lumbar agudo, la cual refiere que no existe evidencia sobre el beneficio del tratamiento con metilprednisolona intramuscular o prednisona oral 5 días respecto a placebo. Además, se incrementa el riesgo de fracturas en pacientes ancianos y osteoporóticos.

Bibliografía

Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166:493.

Eskin B, Shih RD, Fiesseler FW, et al. Prednisone for emergency department low back pain: a randomized controlled trial. *J Emerg Med*. 2014;47:65.

Friedman BW, Holden L, Esses D, et al. Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with non-radicular low back pain. *J Emerg Med*. 2006;31:365.

Cauley JA, Hochberg MC, Lui LY, et al. Long-term risk of incident vertebral fractures. *JAMA*. 2007;298:2761.