



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1498 - Dolor lumbar, ¿pensamos en las excepciones?

B. Martínez Sanz^a, A. García-Lago Sierra^b, N. Guelai^b, I. Galán López^c, C. Fernández Galache^d, M. Anta Fernández^e, E. Rueda Alonso^f, Á.J. Albarracín Contreras^a y F.R. Francisco González^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^cMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ^eF.E.A. Servicio Mde medicina Interna. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años sin enfermedades conocidas. Primera consulta en Atención Primaria por dolor lumbar de una semana de evolución irradiado a pierna izquierda sin otra clínica. No pruebas complementarias. Tratamiento conservador. Segunda consulta tres semanas después, se asocia pérdida de fuerza en pie izquierdo. Se realiza radiografía columna lumbar, análisis de sangre completo e interconsulta normal a Reumatología. Tercera consulta dos semanas después con intenso dolor a nivel del pie izquierdo con sensación quemante y disminución a la flexoextensión del pie con cojera a la deambulación. Se decide derivación urgente al hospital requiriendo ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: En primera consulta, en extremidad inferior izquierda, Lasseguè positivo 30º, sin alteración de la sensibilidad. No pérdida de fuerza. 40 puntos en el test de discapacidad de Oswestry (ODI). En segunda consulta, exploración de extremidad inferior izquierda con Lasseguè positivo 20-30º y leve disminución de fuerza distal en pie, 50 puntos en el ODI. Analítica: normal. Radiografía columna lumbar: normal. En tercera consulta, extremidad inferior izquierda con disminución de musculatura de masa gemelar izquierda, marcada disminución de fuerza distal en pie izquierdo y disminución del reflejo aquileo izquierdo. Incapacidad de marcha en puntillas y talones. Aumento de sensibilidad en tarso y dedos del pie izquierdo. 80 puntos en el ODI. Resto normal. RMN lumbosacra (en ingreso hospitalario): gran hernia discal L5-S1 posterior izquierda con extensión foraminal homolateral comprimiendo raíces S1 y L5 izquierda.

Juicio clínico: Hernia discal L5-S1 posterior izquierda compresiva sobre S1 y L5 izquierda. Requirió hemilaminectomía y exéresis discal L5-S1 izquierda durante el ingreso dado el dato de alarma de paresia progresiva.

Diagnóstico diferencial: Patología articulación coxofemoral y patología pelvis ósea (sacroileítis, osteítis condensante iliaco, coccigodinia, fractura estrés sacro/iliaco). Patología irradiada de columna lumbar (síndrome facetario, estenosis de canal). Afectación del piramidal. Síndrome Lerche.

Comentario final: Aunque el 98% de los casos de dolor lumbar se debe a lumbalgia mecánica, existe un 2% de los casos que son causados por otras etiologías, destacando la importancia de saber clasificarlo en

Atención Primaria, según clínica y exploración, en lumbalgia simple o mecánica, síndrome ciático/radicular y lumbalgia grave secundaria a tumores, infección o fractura (signos de alarma), orientándonos a un manejo ambulatorio o requiriendo derivación preferente o urgente al hospital, como en el caso de la paciente. El ODI se ha convertido en la escala más utilizada para valorar la discapacidad originada por el dolor lumbar. Valora el impacto del dolor en varios aspectos de la vida: sedestación, bipedestación, deambulación, descanso nocturno, aseo personal, carga de pesos, viajes, actividad sexual, vida social, e intensidad de dolor. Nos sirvió para valorar la progresión de la clínica de la paciente. Si se sospecha patología maligna o radiculopatías, la RMN es la técnica de elección de inicio ya que es la más sensible y específica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedly J, Standaert C, Chan L. Epidemiology of Spine Care: The Back Pain Dilemma. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010;21:659-77.
2. Fundación Kovacs. Guía Europea de Práctica clínica para el manejo de la lumbalgia inespecífica. Disponible en: www.kovacs.org/.../GuiaDePracticaClinica_LUMBALGIAINESPECIFA