Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1178

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1792 - Dolor lumbar: No todo son lumbalgias

I. Andrés Antolín[a], D. Díez Díez[b], A.M. Pernia Sánchez[c], A.I. Iglesias Clemente[b], y P.A. Toral Buena[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 22 años con antecedentes de hipertiroidismo (enfermedad de Graves), acude a su MAP en febrero por lumbalgia súbita, acompañada de abdominalgia y estreñimiento de 3-4 días de evolución, que se trató con antiinflamatorios. A lo largo de la siguiente semana acude en repetidas ocasiones al servicio de Urgencias Hospitalarias por estreñimiento, que mejora parcial y puntualmente con enemas de limpieza y laxantes. Una semana después presenta un empeoramiento del dolor lumbar, que se irradia a extremidad inferior derecha (EID), acompañándose de disuria. Se objetiva como única alteración Lasegue derecho positivo a 50º. Al día siguiente refiere inicio súbito de hipoestesias desde la región infradiafragmática bilateral hasta periné, extendiéndose por EID. Durante los siguientes meses la paciente continua con tratamiento antiinflamatorio, pese a lo cual, presenta escasa mejoría de la sintomatología pero sin complicaciones. En mayo acude por empeoramiento del cuadro con irradiación del dolor a extremidad inferior izquierda, asociado a hipoestesias, disminución de fuerza en extremidades inferiores (EEII) y Lasegue bilateral positivo. Una semana después es derivada a Urgencias hospitalarias por sospecha de pérdida de control esfinteriano y claudicación de extremidades inferiores, más acusado en lado izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Hasta la última visita, la exploración era compatible con dolor lumbar de características osteomusculares. En Urgencias se objetiva retención aguda de orina con micción por rebosamiento y en la exploración neurológica reflejos osteotendinosos exaltados, Babinski bilateral, fuerza en EEII 0/5 y

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

sensibilidad superficial abolida en EEII y hemiabdomen izquierdo, y dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. En la analítica destaca CPK 2.486 mg/dl, PCR 94 mg/dl, leucocitosis con desviación izquierda y sistemático de orina compatible con ITU. Se realiza un TC urgente, presentando signos de raquiestenosis e imagen laminar hiperdensa epidural anterior en el segmento L3-S1, no pudiéndose descartar hematoma epidural. La paciente es ingresada en el Servicio de Neurología, realizándose RMN, con resultado de alteración segmentaria C6-T11 con realce heterogéneo, sugiriendo causa más probable desmielinización infecto-inflamatoria. En estudio analítico complementario presenta anticuerpos IgG-NMO positivos. Realizada punción lumbar, negativa para presencia de bandas oligoclonales.

Juicio clínico: Síndrome de Devic. Neuromielitis C7-T11.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad desmilienizante infecto-inflamatoria, causas tumorales o vasculares, descartándose las dos últimas a la vista de los resultados.

Comentario final: Según las guías de manejo clínico de la lumbalgia aguda, la aparición de clínica súbita no relacionada con sobreesfuerzos en menores de 50 años, sin antecedentes de patología de columna, que no mejora con tratamiento antiinflamatorio en 2 semanas son indicación de realización de pruebas complementarias para descartar enfermedad inflamatoria y valorar derivación hospitalaria. La aparición de clínica neurológica (anestesia en silla de montar) es indicación de derivación a servicio de urgencias. En el caso que nos compete, a pesar de estudio, la paciente permaneció sin control analítico y/o radiológico, dando como resultado una paraparesia con dolor neuropático costal y estreñimiento residuales con escasa mejoría al alta a pesar de tratamiento con inmunoglobulinas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica clínica sobre Lumbalgia. Osakidetza.

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