Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):46

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 212/2415 - Doctor, mi ciatalgia va a peor, ya no puedo andar... Por cierto, me cuesta orinar desde ayer

*A. Mora Martínez[a], M.T. García Vidal[b], J. Breva Aymerich[b] y M. Maestro Ibáñez[b]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reus-4. Tarragona. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Horts de Miró. Tarragona.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años que consulta de urgencia por lumbociatalgia derecha de 1 mes de evolución, irradiada por cara posterolateral de muslo y pierna derechas hasta 5º dedo. Tratada con analgesia/antiinflamatorios y rehabilitación, que fue visitada hace 3 días por traumatología, intensificando el tratamiento. Refiere no poder caminar por el dolor y gran dificultad en la micción en las últimas 24 horas con molestias hipogástricas y estreñimiento de 3 días. Sin alergias conocidas. Sin antecedentes médicos de interés. Antecedente de apendicectomía; cesárea. En tratamiento: dexketoprofeno; tramadol + paracetamol; pregabalina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente/orientada. Normohidratada/coloreada. Eupneica en reposo. Auscultación cardiorespiratoria sin alteraciones. Presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar derecha; signos de Lasègue a 30º y Bragard a 20º en EEII derecha. ROTs rotulianos conservados; aquíleo derecho abolido. Sensibilidad en EEII y zona perineal/genital conservada, con buen tono de esfínter anal. Abdomen: se palpa masa bien delimitada, dolorosa a la palpación sugestiva de globo vesical. A/S: sin alteraciones en hemograma; bioquímica ni coagulación. S/O no alterado. Rx lumbosacra: no lesiones óseas agudas. No signos involutivos ni disminución de espacios discales.

**Juicio clínico:** Lumbociatalgia con retención aguda de orina, a descartar síndrome de cola de caballo.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbociatalgia con retención aguda de orina de causa farmacológica (tramadol) vs síndrome de cola de caballo.

**Comentario final:** Se realizó sondaje vesical obteniendo 1.200 cc de orina clara y se deriva a la paciente al servicio de traumatología de urgencias que dados los resultados de las pruebas complementarias realizadas, decide realizar una resonancia magnética con los resultados siguientes: extrusión discal L5-S1 postero-lateral derecha, migrada caudalmente, que desplaza saco dural y compromete la porción emergente de raíz S1 derecha. Ligera protrusión discal postero-medial L4-L5, con fisuración parcial del anillo fibroso. Finalmente, ingresa al servicio de traumatología y se realiza intervención quirúrgica para descompresión L5-S1 posterolateral. Sin incidencias. La paciente presentó buena evolución en el postoperatorio. Actualmente, realiza sesiones de rehabilitación.

***Palabras clave:*** *Lumbociatalgia. Retención aguda orina*

212/2443

¡Doctora, mire lo que me ha pasado en la mano!

C. Espín Giménez[a], R.L. Navarro Silvente[a], Y. Reverte Pagán[a], C M. Cano Bernal[a], M.C. Quesada Martínez[a], D. Fernández Camacho[a], L. Blázquez González[a], J.I. Giménez[a], C. Prados González[b] y C. Saveedra Menchón[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años sin tratamiento ni antecedentes de interés. Acude a consulta refiriendo parestesias en meñique de mano derecha que irradia a codo, dos semanas de evolución, no traumatismo previo ni posición forzada aparente. Dado la clínica y exploración de la paciente; se solicita electroneurografía donde se encuentra un cuadro atípico de neuropatía focal motora, no sensitiva por lo que se decide realización de electromiografía de plexo braquial para valoración de patología de asta anterior. Se realiza RMN cervical y se deriva a traumatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales, exploración sistémica sin alteraciones. No focalidad neurológica. Atrofia de la eminencia hipotenar y músculos interóseos acompañado de hipoestesias y parestesias. Signo Waterberg y Froment positivo. EMG: Neuropatía focal por atrapamiento de nervio cubital en codo de grado moderado-severo. No signos sugestivos de afectación del plexo braquial y/o asta anterior. RMN: rectificación lordosis cervical. Pequeños abombamientos discales posteriores difusos de C4-C7 sin evidencia de compromiso radicular.

**Juicio clínico:** Atrapamiento nervio cubital canal epitrocleolecraniano derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerosis lateral amiotrofica, radiculopatía cervical C8-T1. Síndrome del desfiladero torácico, insuficiencia ligamento colateral cubital, tumor de Pancoast.

**Comentario final:** El atrapamiento del nervio cubital en codo es una lesión que se produce debido a la compresión del mismo. Destacar que durante su paso por el codo, discurre por el canal cubital, un canal estrecho que se caracteriza por ser mitad ligamentoso, mitad óseo. Cuando una compresión a dicho nivel se conoce como síndrome del nervio cubital. El tratamiento consiste en reposo y antiinflamatorios. Se recurre a la intervención quirúrgica en pacientes que no mejoren con el tratamiento conservador o padezcan de síntomas importantes.

**Bibliografía**

1. Salvá Coll C, Pérez Uribarri X. Neuropatía compresiva del nervio cubital en el codo: diagnóstico y tratamiento. Medicina Balear. 2006:32-6.
2. Valls Solé J. Neuropatías adquiridas (III). Neuropatías secundarias a atrapamiento, compresión y otros agentes físicos. Medicine. 2003;8:5397-404.
3. Casademont Pou J. Neuropatías: concepto, manifestaciones clínicas, clasificación, diagnóstico, pruebas complementarias y estrategias terapéuticas. Medicine. 2003;8:5373-8.

***Palabras clave:*** *Cubital. Atrapamiento. Parestesias. Atrofia. Hipotenar.*

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