Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):22

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2742 - Lumbalgia aguda: ¡ojo, no es oro todo lo que reluce!

A. García Martínez[a], N. Otero Cabanillas[b], R. López Sánchez[c], A. Azagra Calero[d], I. Ruiz Larrañaga[e], S.F. Pini[f], J.J. Parra Jordán[d], V. Acosta Ramón[g], M. Tobalina Segura[f] y E. Pariente Rodrigo[h]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años sin antecedentes que consulta por cuadro de un mes de evolución de lumbalgia leve-moderada no irradiada, de perfil mecánico, cuyo inicio relaciona con un “tirón tras un salto”. Exploración normal. Se inicia tratamiento analgésico/antiinflamatorio a demanda. A los 15 días acude a Urgencias refiriendo aumento progresivo de intensidad del dolor, ausencia de mejoría con analgesia que le impide dormir, irradiación por ambas extremidades inferiores y debilidad de las mismas que en los últimos días le dificulta la deambulación Ocasionalmente dificultad para la micción y defecación e impotencia sexual. En las últimas 48 horas, adormecimiento perineal e incontinencia urinaria.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes estables. Exploración sistémica: normal. Exploración neurológica: alerta, consciente y orientado. Pares craneales: normales. Fuerza: extremidades superiores: conservada, extremidades inferiores: paraparesia global (IV/V), arreflexia y RCP bilateral indiferente. Sensibilidad: hipoestesia en hemiabdomen inferior, región perineal, cara posterior muslos y lateral de piernas (III/V). Lassegue bilateral a 30º. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación: normales. RMN: tumoración intrarraquídea en cono medular, desde vértebra T11 hasta L1. Estudio electroneurofisiológico: afectación esfínter anal

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

bilateral (S3-S4), M. gastrocnemio bilateral (S1-S2) y M. extensor largo del dedo gordo bilateral (L5-S1).

Juicio clínico: Síndrome del cono medular/cauda equina secundario a tumor intramedular

Diagnóstico diferencial: Fractura vertebral, hernia discal, enfermedad infecciosa/inflamatoria medular.

Comentario final: El dolor lumbar es un problema de salud importante. Su prevalencia se sitúa alrededor del 80%. Generalmente benigno y autolimitado, debido a causas inespecíficas-musculoesqueléticas, pero un pequeño porcentaje se debe a procesos sistémicos graves, por ello es importante indagar y detectar precozmente la presencia de signos de alarma (edad inicio, fiebre, síndrome general, antecedentes de cáncer u osteoporosis, déficit neurológico, dolor inflamatorio). La presencia de cualquiera de ellos es indicación de RMN urgente. El síndrome de cono medular/cauda equina puede deberse a múltiples causas: fracturas, hernias, espondilosis, estenosis del canal, tumores, infecciones/inflamación... Dentro de los tumores intramedulares podemos distinguir entre primarios: gliomas (ependimomas, astrocitomas, oligodendrogliomas) y secundarios: metastásicos. El tratamiento de ambos es la resección quirúrgica precoz ± radioterapia posterior y su pronóstico es variable (según tipo y grado). Nuestro paciente ingresó en Neurocirugía para exéresis tumoral (sin incidencias). Durante su estancia postoperatoria sufrió un episodio de alteración del nivel de conciencia (agitación psicomotriz y desorientación) con crisis comicial parcial motora posterior. En TC: múltiples lesiones ocupantes de espacio sugestivas de metástasis con sangrado de una de ellas, compresión del sistema ventricular e hidrocefalia secundaria con signos de HTIC. Ante las complicaciones descritas, el paciente falleció a las pocas horas.

Bibliografía

1. Valle Calvet M, Olivé Marqués A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11:24-7.
2. Yusta Izquierdo A, Andrés del Barrio MT, Alavena Brou M. Mielopatías. Medicine. 2011;10:5191-9.

Palabras clave: Síndrome cauda equina. Tumor intramedular.

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