



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4124 - ¡DOCTOR, IMPOSIBLE AGUANTAR ESTA SENSACIÓN!

C. López Alarcón^a, A. Marco Berná^b, N. Rodríguez García^c, I. Picó García^d, B. de la Villa Zamora^e y A. Navarro Martínez^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Consultorio Los Dolores. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^fMédico de Familia. Consultorio Los Dolores. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 54 años, exfumadora, operada de hernia lumbar, trasplante renal en 2013 por tumor, infecciones urinarias de repetición. Último ingreso en 2015 por pielonefritis aguda y bacteriemia por E. coli. Acude a consulta por dolor lumbar y muslos de 2 días junto a parestesias distales en miembro superior derecho. Se solicita electromiografía e iniciamos tratamiento. Dos días después la paciente acude refiriendo empeoramiento progresivo con afectación de la deambulación. Se deriva a la paciente a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a palpación paravertebral lumbar. Fuerza distal miembro superior 4/5, miembro inferior 5/5, arreflexia bicipital, rotuliana y aquilea bilateral. Marcha cautelosa taloneante, imposibilidad para marcha de talones y puntillas. Resto de exploraciones normales. Radiografía cervicodorsal normal, lumbar: sacralización L5. Resonancia espinal protrusión L4-L5. Ecografía abdomen y riñón transplantado normal. TAC craneal normal. Electromiografía miembros superiores: síndrome túnel carpiano bilateral moderado, miembros inferiores: denervación aguda en músculos proximales ambos miembros y tibial anterior bilateral con afectación asimétrica más severa en lado izquierdo.

Juicio clínico: Síndrome de Bruns-Garland.

Diagnóstico diferencial: Dolor radicular, síndrome facetario lumbar, síndrome Guillain-Barré, estenosis canal lumbar, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, aracnoiditis, fibrosis peridurales, discitis, tumores vertebrales.

Comentario final: Los síntomas de lumbociática en relación con discopatías son uno de los más frecuentes en la población. Las etiologías no se limitan a la región raquídea, pueden tener una localización abdominal, pelviana o en los miembros inferiores. El hallazgo de algún antecedente o síntoma atípico con relación al marco teórico de la ciatalgia o cruralgia de origen discal, degenerativo o traumático, nos obliga a considerar los diagnósticos diferenciales: causas tumorales, metabólicas y neurológicas son las más frecuentes.

Bibliografía

1. Dyck PJ, Kratz KM, Karnes JL, et al. The prevalence by staged severity of various types of diabetic neuropathy, retinopathy, and nephropathy in a population-based cohort: the Rochester Diabetic Neuropathy Study. *Neurology*. 1993;43:817.

2. Feldman EL, Shefner JM, Dashe JF. Clinical manifestations and diagnosis of diabetic polyneuropathy.
3. Cabrera H, Trindade e Silva LP. An unusual neuropathy as the first manifestation of diabetes.

Palabras clave: Parestesias. Neuropatías. Dolor radicular.