



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3422 - DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA, ¿QUÉ HAGO?

J. García García^a, M. Plasencia Martínez^b, S. López Zacarez^c, A. Pérez Díaz^d, A. Fernández López^e y E. Vertiz González^f

^aMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años No AMc. exfumador. RGE. Tratamiento crónico: omeprazol 20 mg; consulta por dolor lumbar de meses de evolución sin irradiación y sin parestesias. Solicito Rx lumbosacra donde se observa pinzamiento L5-S1 y signos degenerativos moderados. Prescribo antiinflamatorios, analgésicos y relajante muscular. A las 3 semanas el paciente acude de nuevo a consulta con dolor lumbar que irradia a MID y con parestesias en cara anterior del pie derecho. SB: inglés jubilado. Vive con su mujer en Cartagena y está como desplazado en el centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias: Lasègue positivo a 30° y Bragard positivo en MID, con paraparesia de MID con fuerza 3/5, con RCP extensor bilateral y sensibilidad táctil conservada, con alteración de la posicional en los dedos de los pies. Debido al empeoramiento tanto en la exploración como en la clínica remito al paciente al servicio de urgencias, donde es valorado por neurocirujano que solicita RMN lumbar urgente. RMN lumbar: la lesión es compatible con meningioma. Tumoración a nivel de L1 intradural-extramedular que desplaza la médula.

Juicio clínico: Meningioma.

Diagnóstico diferencial: Neurinoma, ependimoma, lipoma, hernia discal.

Comentario final: Inicialmente no podíamos precisar qué tipo de lesión presentaba el paciente, ya que se podía tratar de un fragmento de hernia extruido, aunque en ocasiones pueden simular una patología tumoral como es el caso de este paciente. Mi intención es destacar la importancia de la exploración física, más aun cuando el paciente es desplazado y no contamos con información previa. En la exploración física nos encontramos signos que nos orientan de la gravedad que reviste el paciente; debemos entrenar nuestra capacidad de encontrar signos de alarmas y saber discernir cuales son los que requieren una actitud terapéutica inmediata, como es este caso que reseco en su totalidad incluyendo la duramadre. La paciente evoluciona de forma favorable desapareciendo los síntomas. Reincorporación a sus actividades laborales a los 4 meses. La RM de control a los 3 meses muestra la desaparición de la tumoración.

Bibliografía

1. Vignes JR, Sesay M, Liguoro D. Peritumoral edema and prognosis in intracranial meningiomas. J Clin Neurosci. 2008;15:764-8.
2. Ganz JC, Reda, Gamma knife surgery of large meningiomas: early response to treatment. Acta Neurochirur (Wien). 2009;151:1-8.

Palabras clave: Meningioma. Tumoración. Dolor.