Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2872

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/94 - FRAGMENTO MIGRADO

A. Ramírez Fernández[a], M. Burgos Merchán[b], M. Esquilabre[c], A. García-Gasco Hernández de Lorenzo[d], E. Campillo Muñoz[e] y A. Barriga García[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo. San Juan de la Cruz. Madrid. [f]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años acude a consulta por dolor lumbar tipo mecánico irradiado hacia miembro inferior izquierdo desde ayer tras jornada de trabajo (hostelería). No pérdida de control de esfínteres ni otra sintomatología acompañante. Refiere que ha tenido lumbalgias previas pero no tan intensas como ésta.

Exploración y pruebas complementarias: Clínica y hemodinámicamente estable, afebril. Normocoloreada y bien perfundida. Eupneica. Acude por su propio pie con leve cojera. Región lumbar: no se visualizan hematomas ni tumefacción. A la palpación dolor en musculatura paravertebral lumbar izquierda. Lasègue y Bragard negativo. Leve apofisalgia L4 a S1. Exploración neurovascular distal conservada. En un principio de maneja de forma conservadora, pero dado que la paciente continua con dolor, se solicita radiografía de región lumbar en la que no se visualizan lesiones óseas agudas pero si se aprecia imagen redondeada a nivel superior de L4. Con sospecha de avulsión se deriva a Servicio de Traumatología donde le realizan RMN de columna lumbar: Moderada discopatía degenerativa L4/L5 con hernia posterior parasagital izquierda, con un fragmento secuestrado y migrado caudalmente, que estenosa el receso lateral izquierdo y comprime la raíz L5 izquierda.

Juicio clínico: Lumbociatalgia izquierda por fragmento de vértebra lumbar secuestrado y migrado (sin traumatismo previo).

Diagnóstico diferencial: Osteoartritis, enfermedades reumáticas, espondilitis anquilosante, traumatismo o accidente, infecciones, cólico renoureteral.

Comentario final: La lumbalgia es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria y una importante causa de incapacidad laboral entre la población adulta, por lo que tiene gran relevancia. La lumbalgia por causa específica supone el 20% de las lumbalgias, mientras que el 80% corresponde a lumbalgias inespecíficas, siendo estas normalmente un proceso benigno autolimitado aunque a veces recurrente. Debemos sospechar signos de alarma cuando ha habido

antecedentes de manipulación instrumental, infección previa, inmunosupresión, tumor o traumatismo reciente, en casos de dolor inflamatorio progresivo, pérdida de fuerza o alteración de esfínteres.

Bibliografía

1. Eiff P, Hatch RL, Calmbach WL. Fracture Management for Primary Care. Philadelphia: WB Saunders; 2003.
2. Lumbalgia. Guía de práctica clínica. Fundación KOVACS. 2005.

Palabras clave: Lumbalgia. Ciatalgia. Avulsión.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.