

341/36 - ¿Y SI NO ES UN NUEVO EPISODIO DE DOLOR LUMBAR?

J. Moreno Obregón¹; L. Moreno Obregón²; F. Moreno Obregón³.

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Estepa. Sevilla.;²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Estepa. Sevilla.;³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: No reacciones adversas medicamentosas conocidas. Episodios de dolor lumbar de forma repetida. Intervención quirúrgica: Apendicectomía. Tratamiento: Calor local; dexketoprofeno 25 mg, 1 cápsula/12 horas; dexametasona 1 inyectable/24 horas; capsaicina 0,75 mg/g, 1 aplicación/12 horas y fisioterapia. Enfermedad actual: Mujer de 48 años que acude por dolor en miembro inferior derecho de 1 año de evolución. El dolor comienza en glúteo derecho con irradiación hasta tobillo sin pasar por la rodilla que aumenta con el ejercicio y mejora con el reposo. No pérdida de fuerza. No parestesias. No relajación de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias: EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor a la palpación apófisis espinosas L4-S1. No contractura muscular paravertebral. Balance muscular conservado. ROT positivos. Signo de Lasègue bilateral negativo. Punto miofascial piramidal derecho positivo. Signo del psoas y del cuadrado lumbar negativos. Radiografía columna lumbosacra: Rectificación de columna lumbar con signos incipientes de artrosis. RMN columna lumbosacra: Discartrosis de los últimos lumbares con protrusión posterior L5-S1 y escaso efecto masa. Tratamiento con anestésico local bloqueando músculo piramidal derecho mediante ecografía.

Juicio clínico: JUICIO CLÍNICO: Síndrome miofascial piramidal derecho. Protrusión discal L5-S1.

Diagnóstico diferencial: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ciatalgia, protrusión discal y síndrome miofascial piramidal.

Comentario final: COMENTARIO FINAL: El síndrome miofascial es un cuadro de dolor regional de origen muscular que consta de una banda tensa, aumentada de consistencia, dolorosa, identificable por palpación y en cuyo seno se encuentra el punto gatillo y dolor referido a distancia, espontáneamente o a la presión digital. El tratamiento es multidimensional (eliminar factores perpetuadores, educar al paciente, proporcionar un programa de ejercicios, fisioterapia, farmacoterapia, tratamientos conductuales e infiltrar puntos gatillos).

Bibliografía

Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Lafflon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. An Rheum Dis. 2001;60:1040-5.

Stembach RA. Pin and > in the United States: Findings of the Nuprin pain report. Pain. 1986;27:69-80.