

347/3846 - LUMBALGIA, MÁS ALLÁ DE LO COMÚN

D. Simarro Díaz^a, S. López Santos^b, A. Valdor Cerro^c e Y. Rodríguez González^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 49 años que acude a consulta de AP por dolor lumbar no irradiado que fue tratado con AINES. Vuelve a consulta cinco días después habiendo comenzado con sensación de acorachamiento en plantas de los pies generándole cierta inestabilidad al caminar y posteriormente con pérdida de sensibilidad térmica por debajo del abdomen. Finalmente, dificultad para la micción y defecación acompañada de debilidad en miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Campimetría por confrontación y pares craneales normales. No claudicación en Barré. Sensibilidad conservada en EESS. Claudicación en Mingazzini de ambas extremidades. Con balance proximal psoas bilateral 4, peor en el lado izquierdo, isquiotibiales 4 bilateral, resto 5/5. Hipoalgesia e hipoestesia térmica con nivel L1. Hipopallestesia hasta espina iliaca. ROT ++. RCP flexores. Marcha normal. Tándem inestable. Romberg negativo. La RM de columna impresiona de mielopatía aguda en nivel D8 a D11 centromedular. Se añade analítica, serología, inmunología, ECA, Quantiferon, placa de tórax, ECG, TC craneal y punción lumbar no hallándose alteraciones. Tras ser tratado con metilprednisolona IV inició mejoría con recuperación de esfínteres y sensibilidad térmica en los pies manteniendo ligera debilidad en miembros inferiores. Posterior derivación a rehabilitación.

Orientación diagnóstica: La mielitis transversa está causada por una inflamación de un segmento medular con afectación sensitiva, motora y autonómica siendo el herpes zoster el virus que más la origina. El pronóstico 1/3 recuperación completa, 1/3 recuperación parcial y 1/3 secuelas irreversibles.

Diagnóstico diferencial: Fístula arteriovenosa dural, esclerosis múltiple, síndrome desmielinizante aislado.

Comentario final: Como médicos de atención primaria debemos de estar preparados para saber hacer un buen diagnóstico diferencial de patologías tan frecuentes como la lumbalgia, visualizando al paciente en su totalidad para así, con cada detalle, abrir las puertas a una nueva posibilidad diagnóstica.

Bibliografía

1. De Seze J, Lanctin C, Lebrun C, et al. Idiopathic acute transverse myelitis: application of the recent diagnostic criteria. *Neurology*. 2005;65:1950-3.
2. Cordonnier C, De Seze J, Breteau G, et al. Prospective study of patients presenting with acute partial transverse myelopathy. *J Neurol*. 2003;250:1447-52.

Palabras clave: Lumbalgia. Síndrome medular. Mielitis transversa.