

424/2322 - LUMBALGIA NEUROPÁTICA

P. Sánchez-Seco Toledano¹, N. Turea¹, R. Piedra Castro² y B. Yuste Martínez³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara. ²Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años que acude a consulta por dolor a nivel lumbar izquierdo de 3 días de evolución. Refiere que el dolor aumenta con la movilidad, sin haber presentado antecedente traumático previo u otra sintomatología asociada. Desde consulta se realiza exploración completa en la que presenta dolor a la palpación difusa en región lumbar con discreto aumento del tono de musculatura para vertebral lumbar izquierda sin otras alteraciones por lo que se realiza en diagnóstico de lumbalgia mecánica y se pauta tratamiento. Es atendido en consulta y urgencias por continuidad del dolor por lo que se realiza radiografías en las que no se objetivan alteraciones. Tras 5 semanas desde el inicio del dolor acude a Urgencias por aumento del dolor y pérdida de fuerza y sensibilidad en miembro inferior izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: EF: No alteraciones cutáneas, apofisalgia lumbar con dolor en musculatura para vertebral lumbar izquierda, Lasègue + a 45º y Bragard negativo. Pérdida de fuerza (1/5) y sensibilidad en MII. Reflejo rotuliano conservado bilateral, reflejo aquileo abolido en pie izquierdo. No es capaz de deambular ni de puntillas ni talones. RMN: sin alteraciones EMG: Radiculopatía motora aguda L5 izquierda, con datos de año axonal en evolución. Se recomienda realizar RMN lumbar para diferenciarlo de un atrapamiento del nervio peroneo por la cabeza del peroné. Serología vírica. CMVG: negativo. CMVM: negativo. VZG: negativo. VZM: negativo. EBG: negativo. EBM: negativo. PB19: negativo. MYC: positivo.

Orientación diagnóstica: Plexopatía izquierda parainfecciosa por *Mycoplasma pneumoniae*.

Diagnóstico diferencial: Hernia discal. Listesis. Contractura. Abscesos paraespiniales. Causas urológicas. Artritis reumatoide. Espondilitis anquilosante.

Comentario final: Si la sintomatología sobre la que hemos realizado el diagnóstico primario evoluciona de forma favorable debemos buscar la etiología de la misma. Sospechar un trastorno de la raíz nerviosa en pacientes que tienen déficits segmentarios (alteraciones sensitivas en una distribución dermatómica o anomalías motoras) a nivel de la raíz nerviosa. Si los hallazgos clínicos sugieren radiculopatía, hacer analítica, EMG y RM o TC que nos ayuden a establecer el diagnóstico.

Bibliografía

1. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363-70.
2. Low back pain: What is the long-term course? Eur Spine J. 2003;12:149-65.

Palabras clave: Lumbalgia. *Mycoplasma pneumoniae*. Plexopatía.