



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

## 482/398 - A PROPÓSITO DE UN CASO: LUMBOCIATALGIA INTENSA CON INESTABILIDAD TRONCULAR

B. Urdín Muñoz<sup>1</sup>, I. Marín Subero<sup>2</sup>, J. Ballesta Fuentes<sup>3</sup> y S. Garrido Ballesteros<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertrigliceridemia, en espera de intervención quirúrgica por fisura anal. Acude a Urgencias derivado desde Centro de Salud por lumbociatalgia derecha de una semana de evolución, resistente a tratamiento médico corticoideo (metilprednisolona), analgésico (paracetamol, tramadol y nolotil) y miorrelajante (diazepam). Destaca importante afectación por dolor, con incapacidad para la bipedestación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Afebril. Exploración de miembro inferior derecho en decúbito supino: hipoestesia en cara lateral, Lasègue y Bragard positivos, reflejos osteotendinosos: 1/4 rotuliano izquierdo y aquileo 0/4 y Babinsky flexor. Tras analgesia, se intenta la sedestación, que muestra intensa inestabilidad troncular. Asistido, el paciente pasa a bipedestación, que mantiene únicamente con flexión de rodillas y de caderas, con gran temblor muscular y sin apoyo de talón. Se contacta con Neurología, quien confirma la orientación diagnóstica de afectación radicular lumbar bilateral de predominio izquierdo (síntomas motores y sensitivos de raíces L3-L5). Se solicita una resonancia magnética urgente, donde se observa una voluminosa tumoración sacra localmente agresiva, destructiva, de márgenes polilobulados, sólida, con afectación de cuerpos vertebrales e invasión de canal espinal y forámenes a nivel S1-S3, comprimiendo raíces sacras. La biopsia resulta compatible con metástasis de hepatocarcinoma, evidenciado posteriormente en TAC. Pasa a control por Oncología médica y radioterápica y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria para control del dolor.

**Orientación diagnóstica:** Lumbociatalgia resistente a analgesia con criterios de afectación neurológica.

**Diagnóstico diferencial:** Compresión medular, hernia discal, fractura vertebral.

**Comentario final:** La radiculopatía lumbosacra aguda afecta al 3-5% de la población general y supone un motivo de consulta frecuente, siendo imprescindible diferenciar los cuadros benignos de los malignos. Se recomienda la realización de neuroimagen urgente en los casos que impliquen afectación neurológica severa: radiculopatía aguda con déficits neurológicos progresivos rápidos, con retención urinaria, anestesia perineal o con afectación bilateral. Un mal control del dolor en ausencia de afectación neurológica no es indicación de neuroimagen urgente.

### Bibliografía

1. Henschke N, Maher C, Ostelo R, de Vet H, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.

**Palabras clave:** Neuropatía ciática.