



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/677 - DOLOR LUMBAR TRAS CRISIS COMICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Carrasco Martín¹, M. Ferrandis Manzano², O. El Ayyane Fahmi³ y M. Tecles del Romero⁴

¹, ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vila-Real I Bovila. Vila-real. Castellón. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vinaroz. Castellón. ⁴Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Onda. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años con epilepsia secundaria a quiste aracnoideo tratado con derivación cito-peritoneal permeable y levetiracetam 1 g cada 12 h. Solicita visita domiciliar desde atención primaria (AP) manifestando una crisis convulsiva autolimitada con intenso dolor en zona lumbar que le impide la movilidad. No refiere relajación de esfínteres, ni mordedura de lengua, ni testigos presenciales. Indica recuperación temprana sin somnolencia ni desorientación posterior. Acepta alteración del patrón de sueño por el confinamiento y consumo habitual de THC. Ante lumbalgia aguda con señales de alarma se remite a urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente y afebril. Afectado por el dolor. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Sensibilidad simétrica y conservada, fuerza conservada en miembros superiores, no valorable en miembros inferiores por dolor, con movilidad de pies y dedos conservada y simétrica. Lasègue y Bragard positivos bilaterales. Dolor a la palpación de raquis lumbar (D12 a L2). Análisis de sangre y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm, eje a +60°, PR 0,16, qRS 0,08 sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal: área porencefálica parietal posterior izquierda con cambios postquirúrgicos, sin signos de sangrado agudo y sin otras alteraciones. TAC lumbar: fractura estallido de L3 con retropulsión del muro posterior que invade el canal medular en un 25-50% grado II, elementos posteriores íntegros.

Orientación diagnóstica: Fractura estallido L3. Crisis convulsiva en paciente epiléptico.

Diagnóstico diferencial: ACV hemorrágico. Fractura patológica.

Comentario final: La importancia del caso recae en realizar una correcta historia clínica al paciente, atendiendo a su sintomatología y una exploración clínica completa para poder descartar etiología de severidad según los síntomas de alarma. El paciente fue remitido a la unidad de raquis de referencia para cirugía estabilizadora.

Bibliografía

1. Robichaud AS, Barry TK, Barry SP. Seizure-induced thoracolumbar burst fractures - Not to be missed. *Epilepsy & Behavior Reports*. 2020;13:100352.
2. Parra J, Rocamora R. Estilo de vida en el paciente epiléptico. En: López FJ, Villanueva V, Falip M, Toledo M, Campos D, Serratosa J. *Manual de Práctica Clínica en Epilepsia. Recomendaciones*

diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2019. Madrid, España: SEN; 2019 p. 175-8.

Palabras clave: Epilepsia. Lumbalgia. Dolor.