



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-098 - ¡Doctor, lo que dura esta ciática!

F. Soriano Gómez^a, C. Bravo Lucena^b e I. Gómez Bruque^b

^aCS Occidente Azahara/HURS. ^bCS Santa Rosa.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Migraña sin aura. Hermano epiléptico. Enfermedad actual: mujer de 35 años acude por primera vez a nuestra consulta de atención primaria refiriendo cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo y con sensación de calambres en los dedos del pie izquierdo donde se diagnostica de lumbociática con tratamiento habitual. Dos meses después acude de nuevo a la consulta por empeoramiento de la lumbalgia persistiendo irradiación a miembro inferior y a miembro superior izquierdo junto con hipoestesia y torpeza en dicho miembro. Se deriva a Neurología para completar estudio. Tos residual de un catarro previo hace una semana. No refiere fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora. Eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. No aspecto séptico. Abdomen blando y depresible sin megalías. Exploración neurológica: balance articular cervical y lumbar libre, balance sensibilidad: hipoalgesia C6, C7 y C8. Balance muscular: flexión dorsal muñeca y flexión dedos 4/5, hiperreflexia de hemicuerpo izquierdo, Hoffman+. Nistagmo horizontorotores, MOEs abolidos, facial centrado, hipoestesia miembros inferiores. No alteraciones de la coordinación, Marcha parestésica. MII: Lassegue y Bragard negativo. Analítica: hemograma, Bioquímica y coagulación normal. Rx tórax y lumbar; no se aprecian imágenes patológicas de interés. RMN: múltiples lesiones de hipereintensidad en unión cuerpo caloso-septal y sustancia blanca periventricular, sugestivas de lesiones desmielinizantes. Pequeños focos lacunares en protuberancia, pedúnculo cerebeloso derecho y hemibulbar izquierdo. No lesiones agudas. Incipiente atrofia cortical-subcortical. En el corte medular, posterior a C1, apreciamos una lesión focal ovoidea desmielinizante. Protrusión discal difusa L1-L2, no significativa. Conclusión: lesiones sugestivas de enfermedad desmielinizante. LCR bandas oligoclonales: IgG positivas.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple recurrente-remitente.

Diagnóstico diferencial: Lesiones traumáticas tendinosas y musculares, fracturas vertebrales, espondilólisis, estenosis lumbar, espondilolistesis congénita y adquirida; artritis reumatoidea, espondilitis, bursitis, tuberculosis, tumoral, neuropatía diabética, hernia discal, síndrome de Leriche (arterioesclerosis aorta-ilíaca), polineuritis múltiple esclerosis múltiple, siringomielia, lumbociáticas de tipo psicógeno.

Comentario final: En sus inicios, enfermedades como la esclerosis múltiple y las neuropatías, pueden parecer ciática y confundirnos a los médicos. El médico de familia debe sospechar esta patología en pacientes con alteraciones piramidales, déficits sensoriales o sensitivos recientes, con el fin de remitirlos tempranamente para que se pueda completar el diagnóstico e iniciar un tratamiento, así como de atender las complicaciones y

posibles secuelas de esta patología. Por último, no podemos olvidar prestar el apoyo emocional y afectivo que se precisa, ya que somos un miembro próximo a la familia, con un importante vínculo afectivo y debemos estar preparados para dar respuestas adecuadas en estos momentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.escuela.medx.puc.cl/publ/OrtopediaTraumatologia/Trau_Secc02/Trau_Sec02_02.html
2. <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=865§ionid=68958538>
3. www.fisaude.com/fisioterapia/lesiones/ciaticas/diagnostico-signos-y-sintomas.html