

Lumbociática como síntoma de presentación de un tumor del nervio ciático

Á. Peña Irún^a, A. González Santamaría^b, N. Fontanillas Garmilla^c y R. Fernández Santiago^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Camargo. Muriedas. Cantabria.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Nájera. Nájera. La Rioja.

^dServicio de Cirugía General. Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.

El dolor lumbar es una consulta frecuente en Atención Primaria por su elevada prevalencia e incidencia. Es preciso para su abordaje realizar una buena historia clínica y exploración física que nos permita poner de manifiesto la presencia de factores de riesgo que hagan sospechar una etiología grave. Presentamos el caso de una paciente afecta de un tumor maligno de la vaina del nervio ciático que comenzó con síntomas compatibles con una lumbociática.

Palabras clave: lumbociática, tumor, nervio ciático.

Low back pain is a reason for frequent consultation in Primary Health Care due to its high prevalence and incidence. It is importance to study it by means of a good clinical history and physical examination that allows us to observe the presence of risk factors that may lead to suspicion of a serious etiology. We present the case of a female patient affected by a malignant tumor in the sciatic nerve that began with symptoms consists with low back pain.

Key words: low back pain, tumor, sciatic nerve.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia se puede definir como aquel dolor en el dorso del tronco que puede situarse en cualquier punto, desde las últimas costillas hasta el final de ambos pliegues glúteos. Se habla de lumbociática cuando este dolor se irradia por debajo de las rodillas recorriendo el trayecto del nervio ciático, pudiendo alcanzar los dedos del pie. Se puede clasificar el dolor en agudo (menos de 6 semanas), subagudo (6 semanas-3 meses) y crónico (más de 3 meses)¹.

La valoración inicial debe ir encaminada a la exclusión de aquellas etiologías graves de dolor lumbar, que aunque son infrecuentes (3-4%) pueden requerir tratamiento inmediato (traumatismos, infecciones, tumores, síndrome de cola de caballo).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, fumadora de 20 cigarrillos al día y diagnosticada de síndrome de Rendu-Osler, sin tratamientos farmacológicos en la actua-

lidad. Acude a la consulta por dolor intenso en el periné y cara interna del muslo derecho que dificulta el descanso nocturno, así como dolor lumbar y cierta dificultad para caminar. Había comenzado un mes antes con parestias y sensación de peso a nivel de la vagina, por lo que había visitado a un ginecólogo privado donde se realizó una ecografía vaginal y una citología con resultados normales. La paciente niega tener incontinencia urinaria o fecal.

En la exploración física destaca hipoestesia perineal derecha y cara interna del muslo, abolición del reflejo aquileo derecho y Lassegue positivo a 40° sin amiotrofias ni pérdida de fuerza. La analítica revela una velocidad de sedimentación globular normal y en la radiografía simple de columna lumbar no se observan alteraciones significativas. Ante la sospecha de una patología tumoral lumbar la paciente es derivada al servicio de Neurología para completar el estudio.

La tomografía axial computarizada (TAC) lumbar solicitada mostró una lesión sólida de 5,6 × 4,7 centímetros, situada a nivel de la escotadura ciática mayor, por encima de la espina ciática, que presentaba una mala definición de sus contornos, pudiendo sugerir signos erosivos.

Posteriormente se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) lumbar que mostró una tumoración heterogénea con origen en el nervio ciático derecho en la región de la escotadura ciática, con márgenes irregulares de apro-

Correspondencia: A. González Santamaría.

Centro de Salud Camargo. Muriedas.

C/ Eulogio Fernández Barros, 5 3.º A.

39600 Muriedas. Cantabria.

Correo electrónico: agonzalezs@gap01.scsalud.es

Recibido el 16-03-2007; aceptado para su publicación el 13-09-2007.

ximadamente 6,2 x 4,8 x 6 centímetros, hallazgos sugestivos de una tumoración maligna de la vaina nerviosa del nervio ciático derecho.

Fue derivada a traumatología para su intervención quirúrgica, realizándose una resección subtotal e instaurándose un tratamiento quimioterápico con Glivec (imatinib) y gabapentina con seguimiento en el servicio de oncología.

El resultado de la biopsia fue de sarcoma neurogénico o tumor maligno de la vaina nerviosa de nervio ciático de alto grado, de 10 centímetros cuando se realizó la resección y extensa necrosis. El estudio inmunohistoquímico reveló un índice proliferativo (expresión del antígeno Ki 67) del 14% y vimentina positivo. La paciente falleció 8 meses después a consecuencia de la invasión pélvica y la metástasis a distancia.

DISCUSIÓN

El dolor lumbar es una consulta muy frecuente en Atención Primaria. La prevalencia de la lumbalgia durante toda la vida es del 60-80% y la tasa de incidencia anual es del 5-25%, con un pico de afectación entre 25 y 45 años. El 70% de los pacientes con lumbalgia aguda mejoran en 2 semanas sin ayuda médica y el resto lo hace en 4-6 semanas. Desde el punto de vista clínico, es más práctico dividir las lumbalgias en mecánicas y no mecánicas, y según el tiempo de evolución en agudas, subagudas o crónicas².

El primer paso para abordar una lumbociática será la realización de una buena historia clínica y una exploración física para descartar la presencia de factores de riesgo que hagan sospechar una etiología grave del dolor³ (tabla 1).

En ausencia de sospecha de una etiología grave no se aconseja la realización de estudios de laboratorio ni pruebas de imagen durante el primer mes de evolución, ya que la mayoría de los pacientes con o sin tratamiento mejorarán en el plazo de un mes. Si se observan factores de riesgo para etiología grave, como fue el caso de nuestro paciente (aparición con más de 50 años, carácter inflamatorio, déficit neurológico), entonces sí se deberán solicitar pruebas diagnósticas en función de la etiología sospechada o derivar al especialista⁴.

El tumor maligno de la vaina nerviosa del nervio periférico (TMVNP) es también conocido como neurofibrosarcoma, sarcoma neurogénico o schwannoma maligno, en-

tre otros⁵. Se trata de tumores extremadamente raros en la población general (incidencia 0,001%) y por ello pocas veces son considerados en el diagnóstico diferencial del dolor neuropático de extremidades⁶.

Existe asociación con la neurofibromatosis tipo I (NF I) o enfermedad de Von Recklinhausen en aproximadamente el 50% de los casos, pudiendo llegar a una incidencia del 2% en estos pacientes, e incluso presentar un segundo caso a lo largo de su vida⁷. Por otro lado, la incidencia también es mayor en pacientes que han recibido radiación previa (cáncer uterino, próstata, etc.). La edad media al diagnóstico de los TMVNP esporádicos es de 62 años, mientras que los casos asociados a NF I son más precoces (26 años) teniendo, además, una menor supervivencia⁸. La afectación de extremidades es bastante común (27%).

El dolor es el síntoma inicial en los pacientes con TMVNP del nervio ciático. Suele ser de carácter quemante y en la mitad de los pacientes se localiza en la planta del pie⁹. En nuestro paciente, al situarse la afectación en la escotadura ciática se manifestó como lumbociatalgia, que obliga a diferenciarlo de una compresión radicular de otra etiología. También es característica su presentación como una masa palpable, dolorosa y a veces visible localizada en cualquier punto del trayecto del nervio, dato que no sucedió en este paciente por su situación tan proximal.

Es un tumor con una elevada tendencia a la recidiva local tras la cirugía y a metastatizar a distancia (pulmón, hueso, hígado), no así a la diseminación linfática.

Las variables que implican un peor pronóstico son: tumor de más de 10 centímetros, historia de radiación previa, necrosis tumoral superior al 25%, asociación con NF I, tumor de alto grado y una elevada expresión de antígeno Ki-67¹⁰.

El tumor de nuestro paciente no se asociaba a NF I ni a radiación previa, pero el mal pronóstico estaba condicionado por el tamaño tumoral (10 centímetros) y su extensa necrosis (cerca del 50%).

En cuanto al tratamiento, la cirugía con márgenes amplios es la conducta más adecuada y debe ser evaluada la posibilidad de amputación, que disminuye el riesgo de recidiva local. La radioterapia y la quimioterapia son tratamientos coadyuvantes como intento de reducir la masa tumoral en lugares donde la exéresis no fuera posible¹¹.

Tabla 1. Señales de alarma de lumbalgia

- Edad superior a 50 años o inferior a 20 en el primer episodio
- Fiebre
- Síndrome constitucional
- Traumatismo grave
- Antecedentes de neoplasia, usuarios de drogas por vía parenteral, inmunodeficiencias
- Tratamiento prolongado con glucocorticoides
- Dolor lumbar severo que no mejora o empeora con el descanso nocturno
- Déficit neurológico en extremidades inferiores
- Síntomas del síndrome de cola de caballo (retención o incontinencia urinaria, incontinencia fecal, anestesia en silla de montar)

BIBLIOGRAFÍA

1. Romera Baures M, Mateo Soria L, Roig Escofet D. Evaluación y tratamiento de la lumbalgia. FMC. 1994;6:332-46.
2. Flórez García MT. Lumbalgia en Atención Primaria. Medicina Integral. 1999;34:413-22.
3. Guide for assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long term disability and work loss. National Advisory Committee on Health and Disability and ACC. Nueva Zelanda. 1996.
4. Waddell G, Feder G, Mc Intosh A, Lewis M, Hutchinson A. Clinical Guidelines for the management of acute low back pain. London: Royal College of General Practitioners; 1996.
5. Sigüenza OP, Requena L. Neoplasms with neural differentiation: a review. Part II: Malignant neoplasms. Am J Dermatopathol. 1998; 20:89-102.

6. Thomas JE, Scheithauer B, Onofrio BM, Shives TC. Neurogenic tumors of the sciatic nerve. A clinicopathologic study of 35 cases. *Mayo Clin Proc.* 1983. p. 640-7.
7. Hruban RH, Shiu MH, Woodruff JM. Malignant peripheral nerve sheath tumors of the buttock and lower extremity. An estudy of 43 cases. *Cancer.* 1990;66:1253-65.
8. Evans DG, Baser ME, Sharif S, Howard E. Malignant peripheral nerve sheath tumors in neurofibromatosis 1. *J Med Genet.* 2002; 39:311-4.
9. Wong WW, Hirose T, Scheithauer BW, Schild SE. Malignant peripheral nerve sheath tumor: analysis of treatment outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998;42:351-60.
10. White HR. Survival in malignant schwannoma: An 18-year study. *Cancer.* 1971;27:720-9.
11. Rodero L, Canga A, Figols J, Berciano J, Combarros O. Buttock mass and malignant sciatic nerve tumor. *Neurologia.* 2004;19: 27-31.