

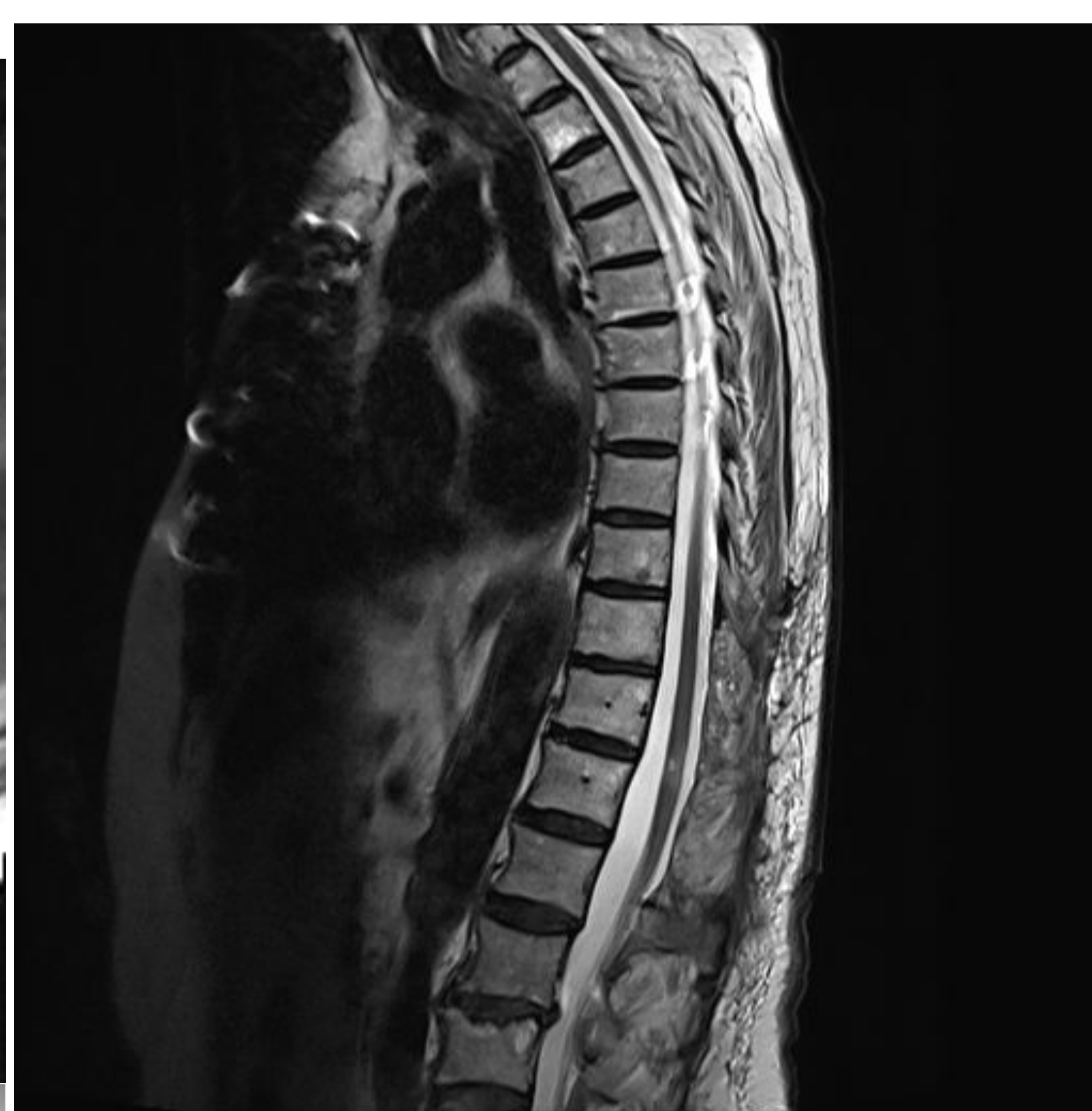
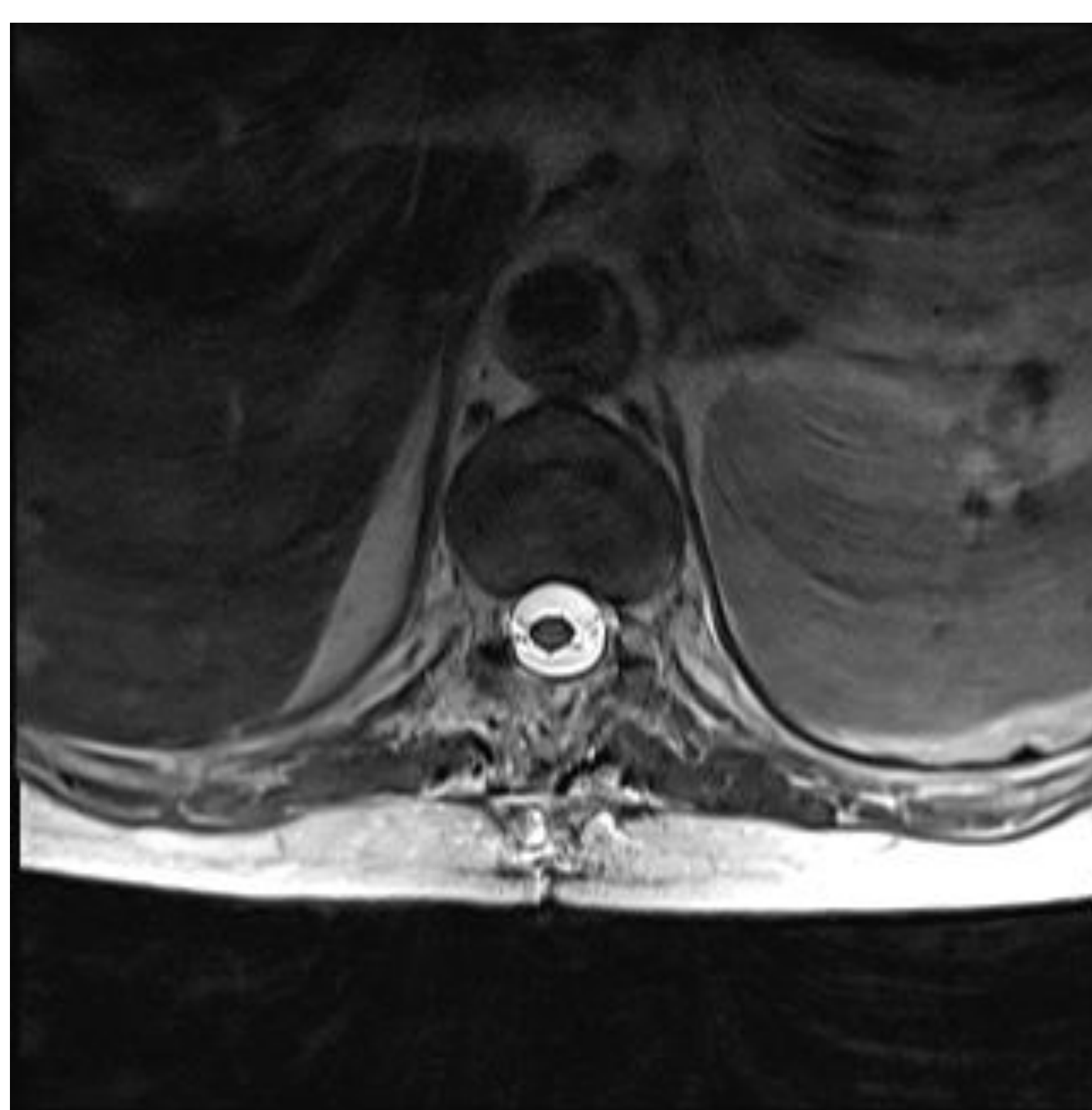
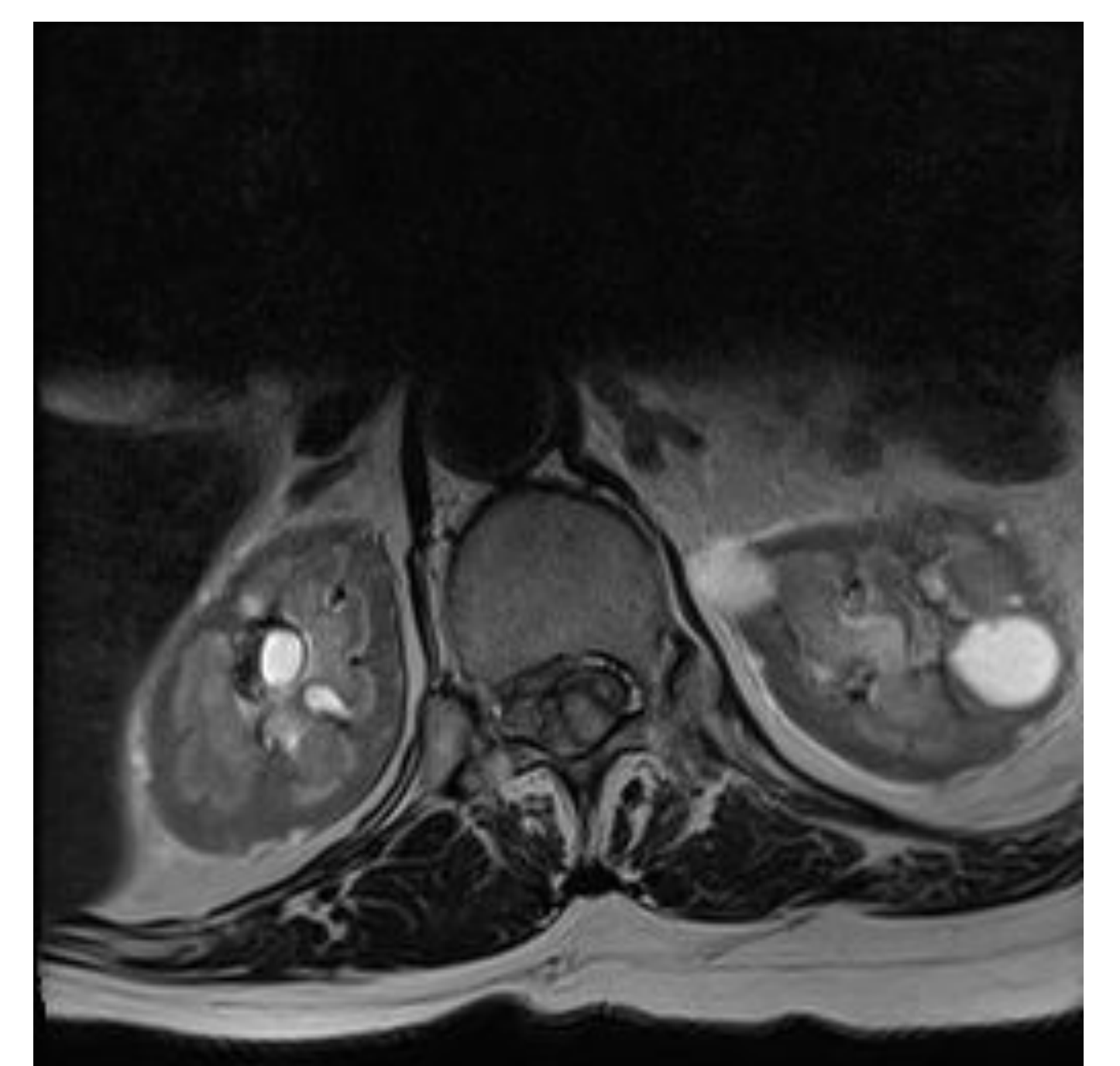
DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE LUMBALGIA. SÍNDROME DE CAUDA EQUINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

La lumbalgia es una lesión extremadamente común, con una prevalencia en torno al 70%, aunque sus síntomas y su gravedad pueden variar mucho. Se define como un dolor que aparece entre la última costilla y la zona glútea que puede irradiarse a las extremidades inferiores, generalmente autolimitado. A pesar de ello, ante un paciente con lumbalgia, es conveniente realizar una correcta anamnesis y exploración física para descartar otras patologías graves, como el síndrome de la cauda equina presente en un 0,04% de los pacientes, ya que de ello depende su pronóstico y tratamiento.

Mujer de 85 años que acude por dolor lumbar y pérdida de fuerza en MMII. Había acudido a urgencias de forma consecutiva en los últimos tres días por esta dolencia, siendo diagnosticada en las dos primeras ocasiones de lumbalgia y en la tercera visita de cólico renoureteral izquierdo. En el momento de la exploración física refiere incontinencia urinaria de 1 día de evolución, pérdida completa de movilidad de MMII asociada a una pérdida de sensibilidad desde la rodilla hasta distal con una sensibilidad perineal y de muslos conservada.

Se realiza RMN urgente objetivándose hematoma epidural posterior dorso-lumbar D9-L1.

En quirófano se realiza laminectomía D10-D12 con evacuación completa del hematoma.



A los 7 días de la operación es capaz de realizar desplazamientos izquierda-derecha con ambas piernas, siendo trasladada al HNP a las 2 semanas de la cirugía para rehabilitación. A los 2 meses es capaz de movilizar ambos MMII con agilidad pero sin todavía ponerse en pie, siendo capaz de mantenerse en bipedestación y caminar a los 3 meses.

Dadas las graves consecuencias que se pueden producir en el contexto de una compresión epidural, ante un paciente con lumbalgia debemos hacer especial hincapié ante síntomas atípicos como alteraciones esfinterianas o parestesias de rápida evolución. Además es importante vigilar a aquellos pacientes con factores de riesgo como es el caso de pacientes en tratamiento anticoagulante.

MIGUEL CARRATO GÓMEZ
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD (TOLEDO)



55 CONGRESO
secot