

# ¿LUMBALGIA MECANICA?. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS.

Lanza Gómez, J.M; Balbas Brígido, N. 061 Cantabria

La lumbalgia es un motivo muy frecuente de demanda en Atención Primaria. Más del 80% de las personas sufren dolor lumbar en algún momento de su vida; en más del 85% de los casos no puede atribuirse a una causa concreta ni grave (lumbalgia inespecífica).

Varón de 71 años sin antecedentes personales de interés salvo ex-fumador. Consulta con su médico de atención primaria y en el servicio de urgencias en varias ocasiones por lumbalgia persistente en el contexto de trabajo doméstico con esfuerzo, siendo dado de alta con diagnóstico de lumbalgia mecánica que mejoraba con analgesia. Tras su última consulta al servicio de urgencias hospitalario, es trasladado por el 061 por cuadro de debilidad muscular de inicio súbito desde epigastrio hasta miembros inferiores con pérdida de sensibilidad de la zona, con imposibilidad para la marcha, acompañado de cortejo vegetativo y sudoración.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** regular estado general, auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. Exploración neurológica: Paraplejía flácida con reflejos rotulianos muy disminuidos y abolido en Aquileo, con anestesia desde D7, afectando la sensibilidad protopática y epicrítica, reflejos abdominales disminuidos y reflejos cutáneos plantares indiferentes. Se solicita analítica básica sin evidenciar el hemograma, bioquímica y coagulación hallazgos significativos. En la radiografía de columna lumbar se aprecian signos osteodegenerativos. Angio-Tomografía Tórax: Aorta torácica sin defectos de repleción, pulmones bien ventilados, hígado, bazo y páncreas, suprarrenales y riñones dentro de los límites normales, a nivel dorsal se observan alteraciones de la densidad que podrían corresponder a artefacto óseo, sin descartar patología isquémica medular. Resonancia Magnética: Hematoma epidural extenso con compresión medular, sobre todo a altura de T2 a T9 con imagen captante de contraste que sugiere posibilidad de malformación vascular, se aprecia zona de edema intramedular significativo.

## **JUICIO CLÍNICO:**

Hematoma epidural en canal medular de predominio lumbar T2-T9. Shock medular.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aplastamiento vertebral, Aneurisma de aorta torácica, Hernia discal protruida.

## **CONCLUSIONES**

El diagnóstico de lumbalgia se basa en la historia clínica y la exploración física. El valor de la anamnesis es muy superior a la utilidad, de forma aislada, de los datos de la exploración física, debiendo ser minuciosos en la misma para descartar síntomas o signos de alarma. La evaluación neurológica inicial suele incluir la valoración de la fuerza, reflejos y sensibilidad de las raíces L4, L5 y S1 y la maniobra de la elevación recta de la pierna en casos de radiculopatía. La petición de pruebas de imagen (radiografía simple, resonancia magnética y tomografía computarizada) debe estar guiada por los hallazgos obtenidos con la historia clínica y la exploración física.

**Palabras claves:** shock, dolor de la región lumbar, hematoma

1. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. Spine J. 2010;10(6):514-29.

2. Duffy RL. Low back pain: an approach to diagnosis and management. Prim Care. 2010;37(4):729-41