

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE PROBLEMA ESPINAL

Otegui Recio A, Luque Jiménez M, García de Cortazar JC.
Médicos OSI Goierri-Alto Urola

- En general los problemas osteoarticulares de columna se acompañan de dolor de mayor o menor intensidad y en pocas ocasiones se presentan sin este síntoma. La pérdida de fuerza a nivel de una extremidad sin clínica álgica asociada es una consulta que genera dudas diagnósticas y de derivación.

- Varón 61 años antecedentes lumbalgias mecánicas hace años, maquinista. Refiere pérdida progresiva de fuerza en extremidad inferior derecha en los últimos 5 meses con tropiezos frecuentes al caminar.

EXPLORACION

- Marcha con pie caído, taloneante. Imposibilidad de marcha de talones con pie derecho.
- Mínima claudicación y debilidad de cuádriceps. Limitación flexión dorsal de pie derecho con pérdida de fuerza 3/5.
- Hiporreflexia rotuliana, aquileo abolido y cutáneo plantar derecho indiferente.
- Hipoestesia cara externa de pantorrilla y pie. No afectación periné ni esfínteres.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- RMN: estenosis foraminal predominio derecho en L4-L5. Protrusión discal posterior difusa con focalidad parasagital y foraminal derecha que ocupa parcialmente la base de la forámina sin contactar con las raíces nerviosas emergentes y contacta con el saco tecal.
- Electromiograma: radiculopatía L5 derecha por estenosis foraminal.

TRATAMIENTO

- En estos casos el tratamiento conservador precede al quirúrgico salvo en los casos de progresión rápida con afectación neurológica progresiva especial mente en el síndrome de cauda equina. Estos tratamientos incluyen fisioterapia, medicación analgésica o antiinflamatoria e infiltraciones epidurales.
- En aquellos casos en los que la clínica no se controle la técnica quirúrgica que se realiza es la laminectomía descompresiva con o sin fusión vertebral.
- En el caso referido Traumatología propone infiltración epidural para mejorar clínica previo a valorar cirugía y Rehabilitación pauta férula distal en tobillo y asistencia anti equino para la marcha.



MARCHA CEREBELOSA	Brazos y piernas separados avanza en zigzag (marcha de borracho)	Lesión cerebelosa.
MARCHA TABETICA	Caminar inestable, lanzando los pasos con grandes zancadas.	Lesión sensibilidad propioceptiva
MARCHA ESPÁSTICA	Hemiparética, moviendo el pie en semicírculo rozando el suelo (segador).	Lesión vía piramidal
MARCHA PARKINSONIANA	Paso corto, tronco hacia delante giros dificultados. Festinante cuando se acelera con pasos cortos y rápidos con dificultad para detenerse.	Lesión sustancia nigra.
MARCHA EN ESTEPAJE	Marcha elevando el pie para no golpear el suelo.	Lesión nervios periféricos.
MARCHA ATAXICA VESTIBULAR	Piernas separadas sin medida de distancias y direcciones. En estrella.	Lesión vía vestibular.
MARCHA MIOPÁTICA	Pies separados balanceando el tronco. De pato	Distrofia muscular.

1.-Ammendolia C, Stuber K, de Bruin LK, et al. Nonoperative treatment of lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976) 2012; 37:E609

2.-Atlas SJ, Delitto A. Spinal stenosis: surgical versus nonsurgical treatment. CLin Orthop Relat Res 2006; 443:198

3.-Katz JN, Harris MB. Clinical practice. Lumbar spinal stenosis. N Engl J Med 2008; 358:818.