

Ciática o ciatalgia

A. GUITART GIMÉNEZ, E. VIDAL AGUSTÍ, F. DUCA REZZULINI, J. CAMILLE CLAVE Y C. PÉREZ TORRENTÓ

RESUMEN

Es el dolor lumbar irradiado a lo largo del trayecto del nervio ciático, producto de la compresión radicular, lo que limita o impide el deslizamiento de la raíz. Existen muchas causas, pero la más frecuente es la hernia del núcleo pulposo (90%), que comprime la raíz en la salida del saco, en el trayecto del foramen o en su salida, seguida de deformidades óseas como la espondilolistesis y la estenosis de canal. Otras causas menos comunes son: tumores vertebrales, traumatismos, fenómenos inflamatorios, vasculares, etc. El dolor es el síntoma capital que caracteriza a este síndrome. Se inicia en la región lumbar e irradia al glúteo y la extremidad inferior siguiendo el trayecto de la raíz afectada. El diagnóstico es claramente clínico. Se debe considerar que existen otras causas con las que hacer el diagnóstico diferencial, por lo que es importante una correcta anamnesis con los antecedentes personales y características del dolor. La localización, duración, inicio, posibles exacerbantes o atenuantes y síntomas que lo acompañan son preguntas habituales que debemos responder, junto con una exploración física acurada, para orientar nuestro diagnóstico de ciática. Puede encontrarse una determinación falsa-positiva de hernia discal lumbar por TC o RM hasta en el 20% de testimonios normales asintomáticos; esto haría que uno de cada cinco pacientes con causas extraespinales de ciática tengan un disco radiológicamente anormal que, sin embargo, no es el responsable de los síntomas.

Palabras clave: Ciática. Ciatalgia. Hernia.

ABSTRACT

It is lumbar pain, irradiated along the path of the sciatic nerve and produced by a nerve root compression, what limits or prevents nerve gliding. There are many causes, being the most frequent a hernia of the nucleus pulposus (90%) that compresses the root at the outlet of the sac, in the path of the foramen or at its exit, followed by bone deformities such as spondylolisthesis and canal stenosis. Other less common causes are vertebral tumors, traumatismos, inflammatory or vascular phenomena, etc. Pain is the main symptom that characterizes this syndrome. It begins in the lumbar region and radiates towards the gluteus and to the lower limb, following the path of the affected root. Its diagnosis is clearly clinical. The localization, duration, beginning, possible exacerbating or mitigating factors and accompanying symptoms are common questions that must be answered, along with an accurate physical exploration, for better orientating sciatica diagnosis. A false-positive determination of lumbar disc herniation can be found by CT or MRI in up to 20% of asymptomatic normal reports. This would mean that one in five patients with extraspinal causes of sciatica have a radiologically abnormal disc, which, however, is not responsible for the symptoms. (DOLOR. 2018;33:92-3)

Key words: Sciatica. Sciatic pain. Hernia.

Corresponding author: Anna Guitart Giménez, aguitartg@gmail.com

CASO CLÍNICO

En este caso clínico queremos remarcar la importancia de la semiología para el diagnóstico diferencial de claudicación vascular y neurogénica (Fig. 1).

Se trata de una mujer de 46 años con antecedentes de obesidad, HTA, DLP y tabaquismo, con dolor lumbar y claudicación de la pierna izquierda. Valorada por Traumatología, se orienta como lumbociatalgia, objetivándose una hernia discal central en L4-L5 por RM, sin compromiso radicular. Derivada a la Clínica del Dolor, se orienta como radiculopatía de territorio en L4-L5 y se indican dos epidurales, que no resultan efectivas, por lo que finalmente la paciente es intervenida mediante una microdiscectomía en L4-L5.

Debido a la persistencia de la clínica, la paciente es revalorada y se objetiva en esta ocasión una lesión ulcerosa en el pie de la misma extremidad. Se deriva a Cirugía Vasculr, que indica una angio-RM y diagnostica una oclusión en la arteria femoral común (Fig. 2). Se practica una tromboendarterectomía y la paciente presenta una mejoría posterior de la clínica a nivel glúteo y de la extremidad inferior, pero persiste el dolor lumbar.

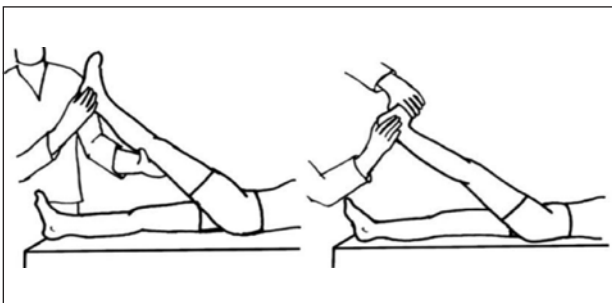


Figura 1. Maniobras de Laségue y Bragard.



Figura 2. Imágenes correspondientes a resonancia magnética y angiografía de la paciente.

DISCUSIÓN

La presencia de claudicación glútea y dolor en la extremidad que acompañaban al dolor lumbar hizo pensar inicialmente en una lumbociatalgia que enmascaró el diagnóstico de causa vascular.

Es fundamental realizar una historia clínica y exploración física del paciente para evitar errores diagnósticos y un tratamiento inadecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Govind J. Lumbar radicular pain. *Aust Fam Physician*. 2004;33(6):409-12.
- Gray JC. Diagnosis of intermittent vascular claudication in a patient with a diagnosis of sciatica. *Phys Ther*. 1999;79(6):582-90.
- Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2007;334(7607):1313-7.
- Vidal J, Goicoechea C, Perea C, Galvez R, Margarit D, de Andrés J, et al. Manual de medicina del dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. 2016:121-30.
- White C. Intermittent claudication. *N Engl J Med*. 2007;356(12):1241-50.