

Sillín de bicicleta y anestesia en silla de montar

Alain GOURJON

Service de Médecine Physique, Hôtel-Dieu de Paris

(Traducción: F. Colell Mitjans)

Llega finalmente el mes de Septiembre de 2004, y con él, la jubilación tan esperada por la señora XA... ZI... Por razones de desavenencias de tipo conyugal, esta paciente vive las 4/5 partes del año en su segunda residencia. En noviembre del 2004 consulta, cerca de ésta, por una lumbalgia sacra con irradiación al bajo vientre, al periné, y al glúteo derecho. El colega consultado solicita radiografías del raquis tóraco-lumbar y de la pelvis. Éstas no muestran más que lesiones banales: escoliosis derecha con discartrosis en L4-L5, discopatía L3-L4 y discreta osteofitosis en las cejas cotiloideas de ambas caderas. Se le prescribe diclofenaco durante 15 días sin ningún resultado.

En febrero del 2005, ante la persistencia del dolor, consulta otro médico osteópata que ha comprado una temible y relativamente célebre camilla de manipulación basada en el principio de la “tabla mecedora (basculante)”. Al finalizar su examen, decide que la paciente es “preceptiva” a ese tipo de tratamiento y le inflinge una sesión de la que ella guarda un emocionado recuerdo, que felizmente no tiene mayores consecuencias.

Entonces se solicita un escáner que se efectúa en marzo del 2005 en el que se llega a la siguiente conclusión: canal estrecho relativo, con presencia de grandes macizos articulares artrósicos, y protrusiones discales medianas L4-L5 y L-S1 de tipo degenerativo.

A finales de marzo, estando en París, esta simpática paciente, que conocíamos desde hacía 15 años, nos consulta por este dolor rebelde. Retomando la anamnesis, constatamos que la conciencia del inicio del dolor aparece en octubre del 2004 después de un largo paseo en bicicleta, el cual se vio

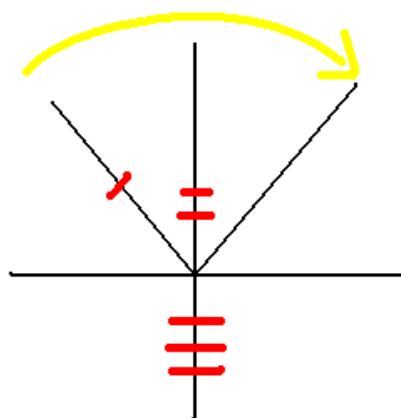
obligada a suspender por un dolor en el glúteo derecho. Al volver a casa y descansar el dolor se reduce mucho; pero al día siguiente la bicicleta provoca el mismo tipo de dolor. No se ofusca, guarda la bicicleta en el garaje y decide hacer los paseos en coche. Pero conducir provoca el mismo tipo de dolor lumbar y glúteo cuando pisa el acelerador.

A la clásica pregunta ante un interrogatorio por dolor lumbar sobre el control de esfínteres la paciente responde: “ningún problema en este aspecto, orino normalmente, eso sí, cuando tengo la vejiga llena y aprieto sobre ella” y añade: “pero esto es normal a mi edad, que quiere que le diga...”. Sin ningún argumento válido ante esta afirmación perentoria, solicitamos a la paciente que se desvista para proceder al examen físico.

Hay que destacar también un adelgazamiento de 8 kilos en nueve meses, que la paciente atribuye a sus problemas conyugales y al hecho de que come menos desde que se jubiló.

El examen clínico muestra que la lateroflexión izquierda provoca un dolor en la pierna derecha y la extensión un dolor isquiático. El test de Schöber está a 10+3. Existe un dolor a la palpación del sacro y de L5 que activa la radiculalgia. Los reflejos osteotendinosos y la fuerza muscular son normales. Se aprecia un Lassègue derecho a los 50°.

Esquema en Estrella



El examen de la sensibilidad evidencia una hipoestesia clara de toda la cara posterior del miembro inferior derecho, incluido el pie, así como en los grandes labios y el glúteo derecho en el que existe una hemianestesia en silla de montar. El tono anal está conservado.

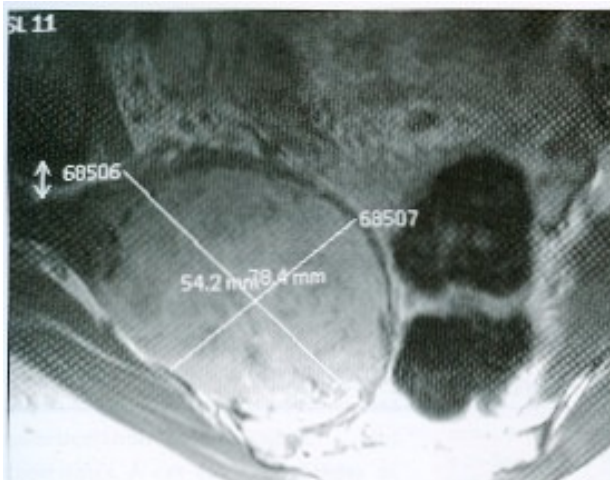
En diciembre del 2004, es decir cuatro meses antes, la paciente había consultado a su ginecólogo, que la controla habitualmente tras una histerectomía. El examen clínico era normal, el tacto vaginal indoloro y los frotis cervicovaginales no mostraban elementos sospechosos de malignidad. Por otra parte, el examen abdominal mostraba un abdomen blando, sin hepato-espleno megalia, pero con un discreto dolor a la presión sub-umbilical. Las cadenas ganglionares, libres.

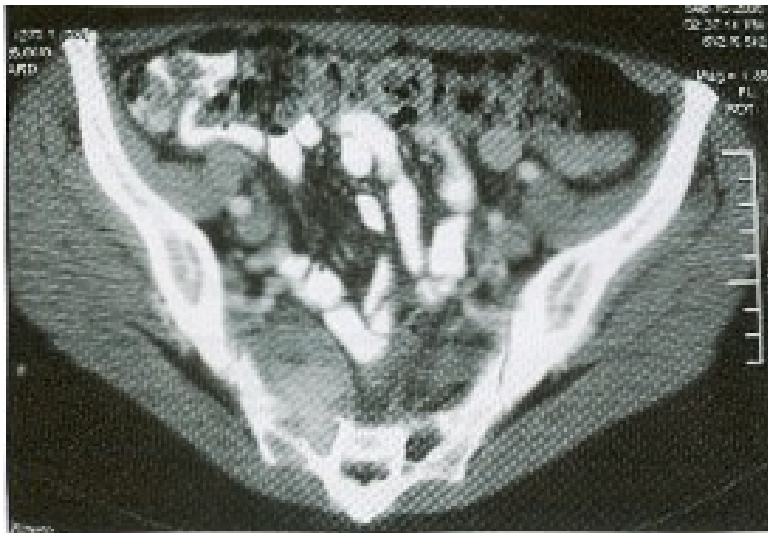
Ante este **cuadro clínico tan atípico**, y la persistencia del dolor tan importante, se prescribe Cortancyl 60mg/día durante los primeros 5 días reduciendo la dosis rápidamente. Se solicita una RMN urgente para explorar la cavidad abdominal y pélvica.

La corticoterapia soluciona la disuria. Por ello se disminuye progresivamente hasta su eliminación. Los dolores se controlan bien con Zaldiar (EVA: 3).

Una masa intrapélvica

La RMN muestra que la ciática descrita por la señora XA... ZI... es de origen intrapélvico. En relación con una masa latero-pélvica derecha que parece infiltrar y rechazar al músculo piramidal y que provoca una osteolisis de parte del sacro.





Se hospitaliza a la paciente en un servicio de reumatología. La gammagrafía ósea no muestra ninguna afectación patológica. El escáner tóraco-abdominal-pélvico muestra 2 nódulos torácicos (en lóbulo superior izquierdo y en la pirámide basal izquierda de 12 y 14 mm) y ganglios mediastínicos. Así como una masa lateral sacra derecha de las partes blandas de 8x5 muy vascularizada, heterogénea con probables zona de necrosis, que invade parcialmente el 3º agujero sacro y se prolonga hasta el ligamento sacro-ciático hacia abajo, con lisis ósea. La biopsia de la masa pélvica pone en evidencia un leiomiোসarcoma pélvico.

La localización tumoral no permite abordar la resección quirúrgica. Se decide pues tratamiento oncológico con quimioterapia. El escáner de control efectuado en diciembre del 2005 muestra una disminución de las imágenes tumorales.

La paciente está actualmente libre de dolor. Mejora su estado general, pero está desolada al saber que su bici está condenada a permanecer en el garaje.

Conclusión

INTERROGAR Y ESCUCHAR al paciente, a menudo guía, y es más útil que un “escáner inicial” considerado como definitivo.

El GBMOIM agradece especialmente la atención del Dr. Alain Gourjon al proporcionarnos personalmente, en la reunión de la SOFMMOO en París (Dic-2007), este artículo para ser traducido como colaboración suya a la labor de difusión de la medicina ortopédica manual y osteopática en nuestra web.

Dr. José Mª Gil Vicent

President del GBMOIM