

IMPORTANCIA DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN LA CIÁTICA



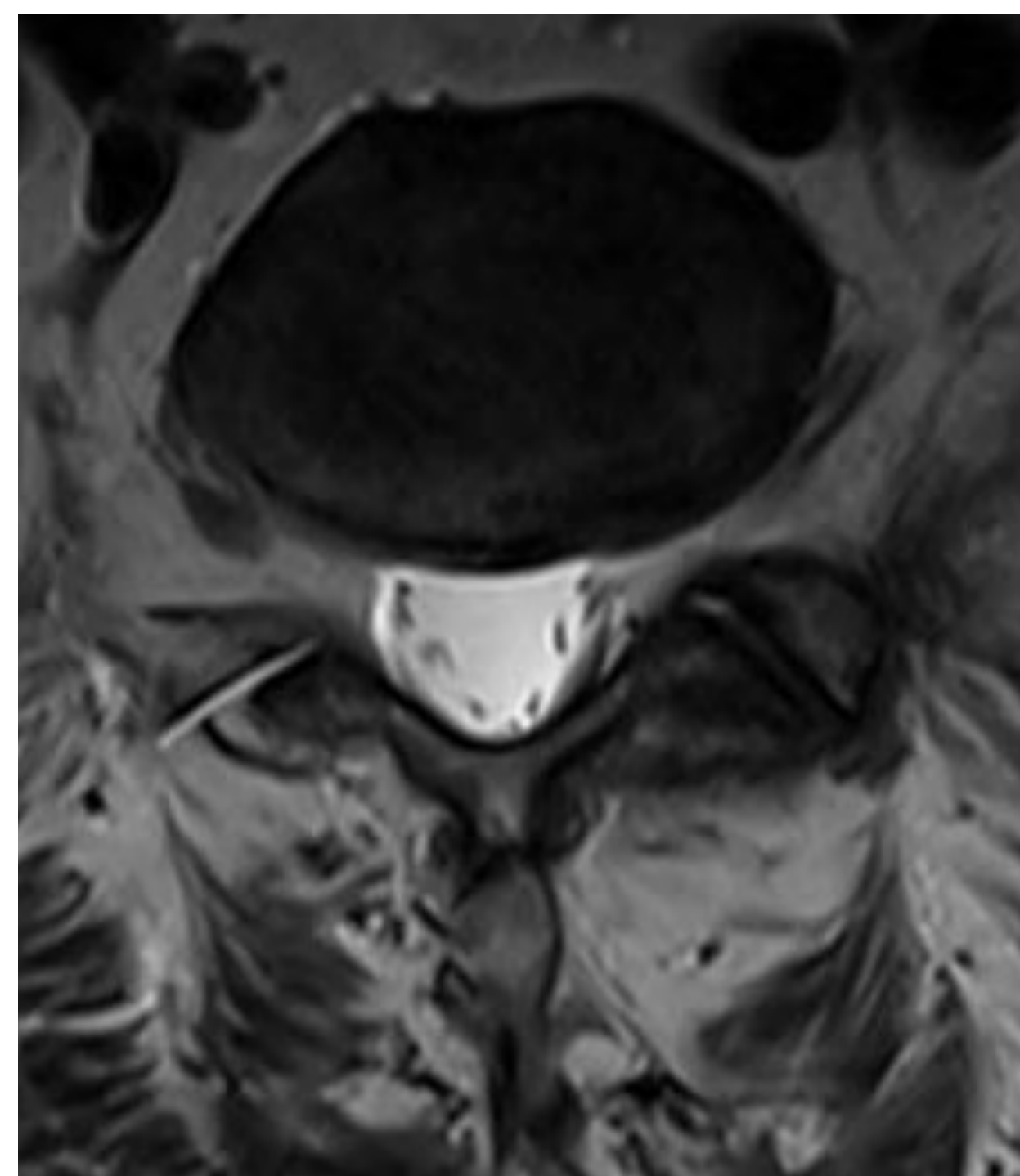
Clínica
Universidad
de Navarra

ANAMNESIS

Mujer de 73 años con dolor lumbar irradiado a cara posterior de muslo y pantorrilla derechos hasta el talón. No parestesias ni pérdida de fuerza.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Espinopresión lumbar dolorosa.
Puntillas no posible, talones posible.
Lasègue (-) ROT presentes y simétricos.
Movilidad de caderas indolora.



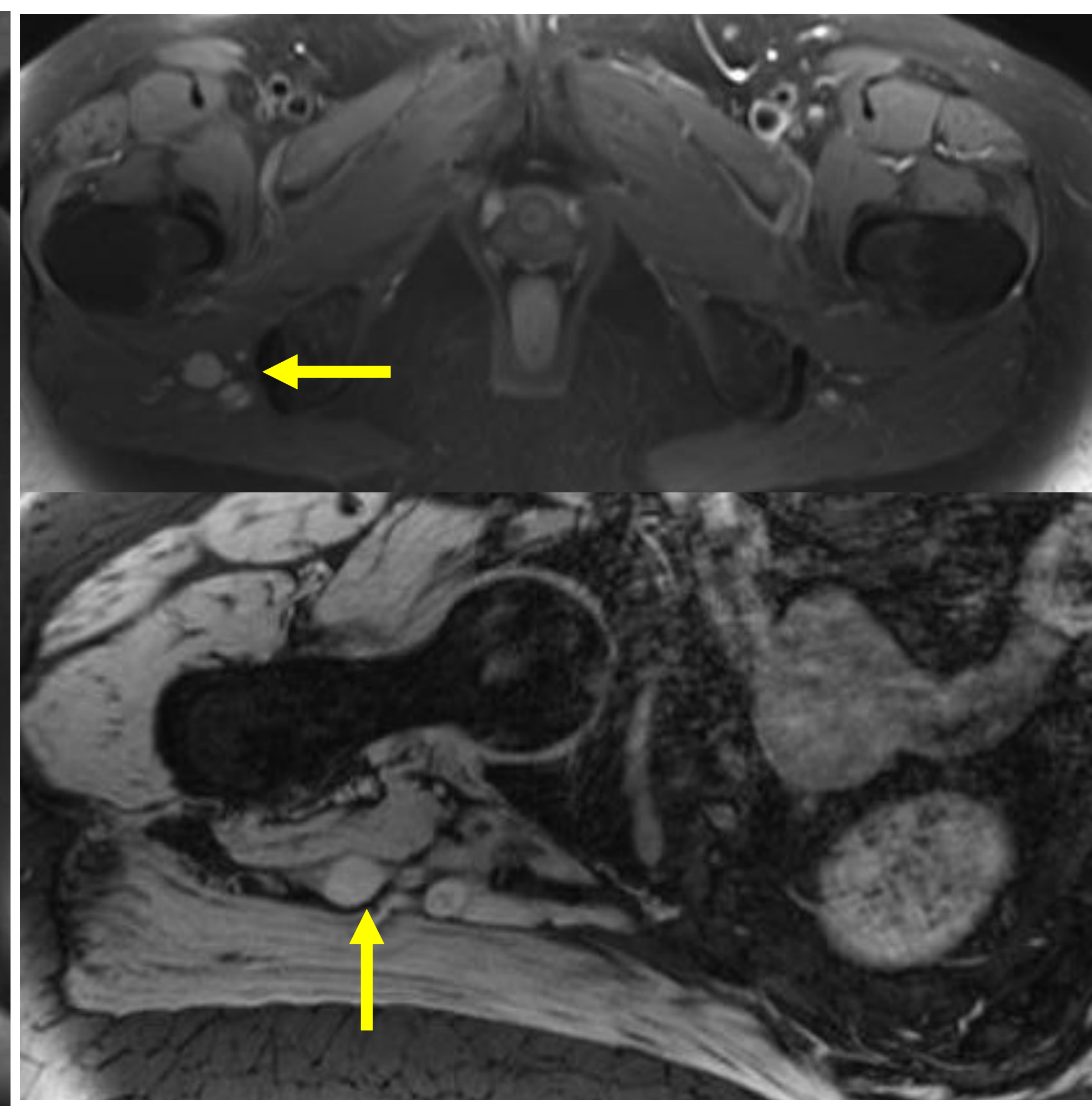
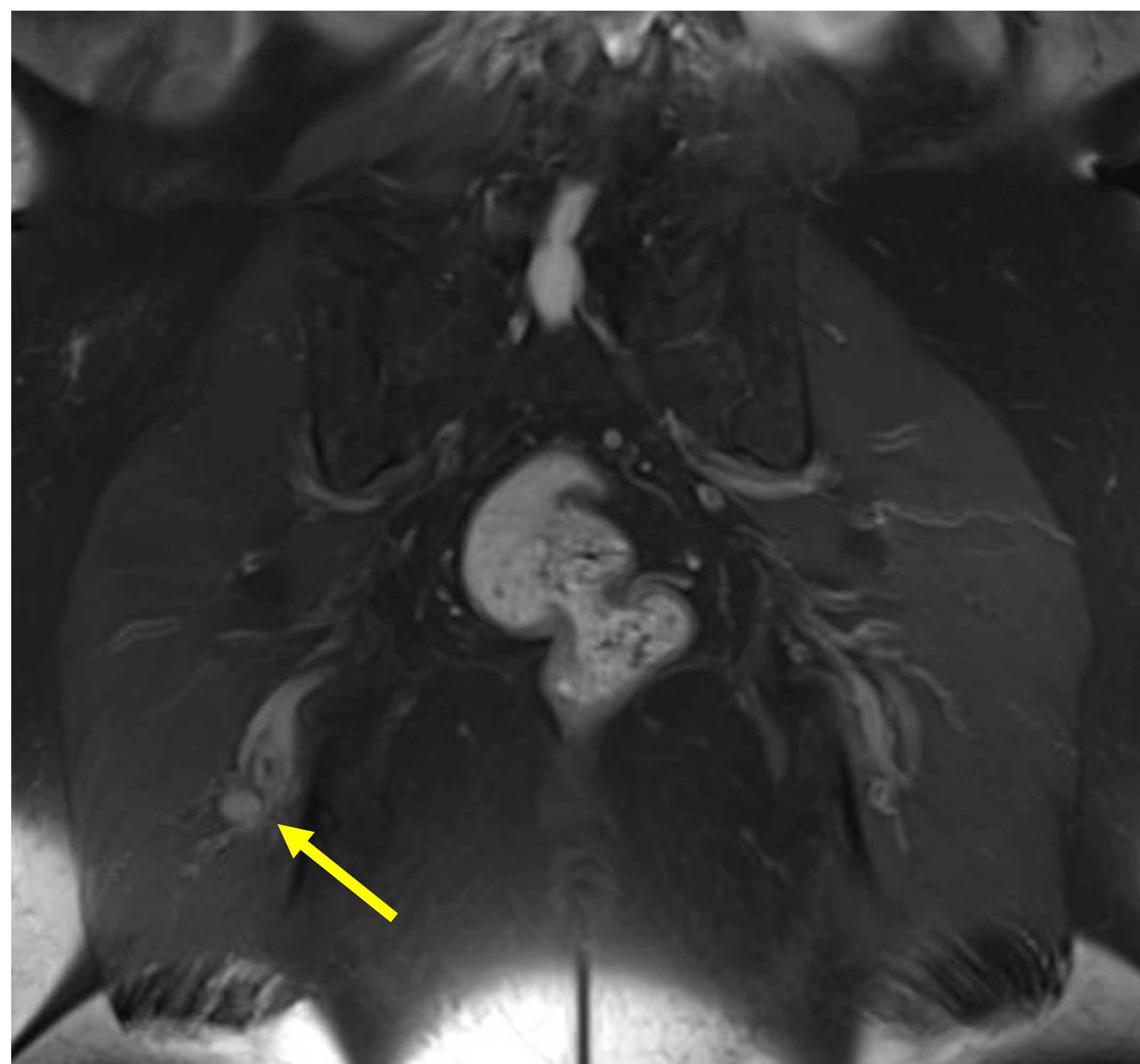
PRUEBAS IMAGEN

RX lumbar: fx-aplastamiento L1, hipertrofia de articulaciones facetarias L4-L5 y L5-S1

RM lumbar: descarta compromiso radicular

Sospecha clínica:
radiculopatía S1.

No mejora con
analgésia oral ni
infiltración
facetaria lumbar.



RM pelvis: **lesión nodular** de unos 1,3 cm, **adyacente al nervio ciático derecho** detrás del músculo cuadrado femoral, isointensa en T1 e hiperintensa en T2, compatible con neurofibroma o schwannoma.

DIAGNÓSTICO

Schwanoma en nervio ciático derecho.

TRATAMIENTO

Resección del tumor, disección cuidadosa respetando las fibras del nervio ciático.
AP: confirmación diagnóstico de Schwanoma.

En los **tumores neurales del nervio ciático** el dolor es más frecuente que los déficits neurológicos, puede simular el dolor radicular debido a una hernia discal. Si el paciente no presenta dolor lumbar o si la RM es normal, **el nervio ciático debe ser clínica y radiológicamente estudiado en todo su curso.**

Gil-Melgosa, L; Suárez López Del Amo, A; Pérez Mozas, M; Alfonso Olmos-García, A; Amillo Garayoa, S

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA