

# IMPORTANCIA DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN LA CIÁTICA



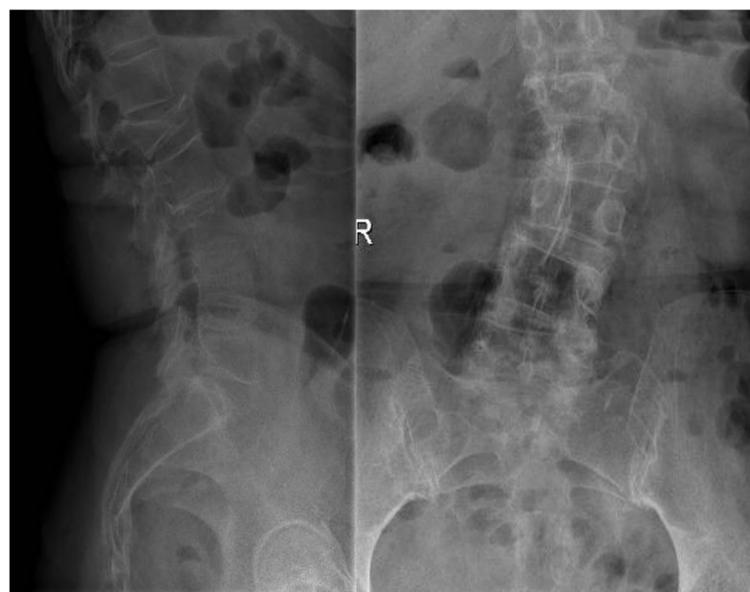
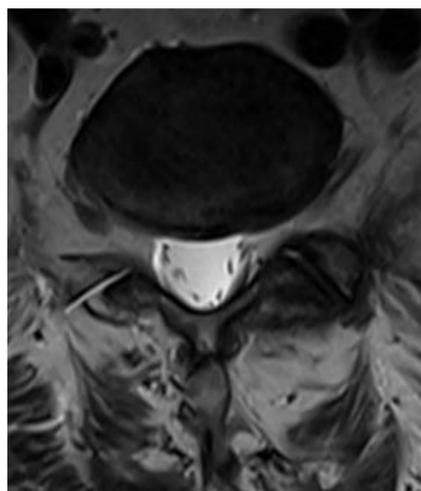
Clínica  
Universidad  
de Navarra

## 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.



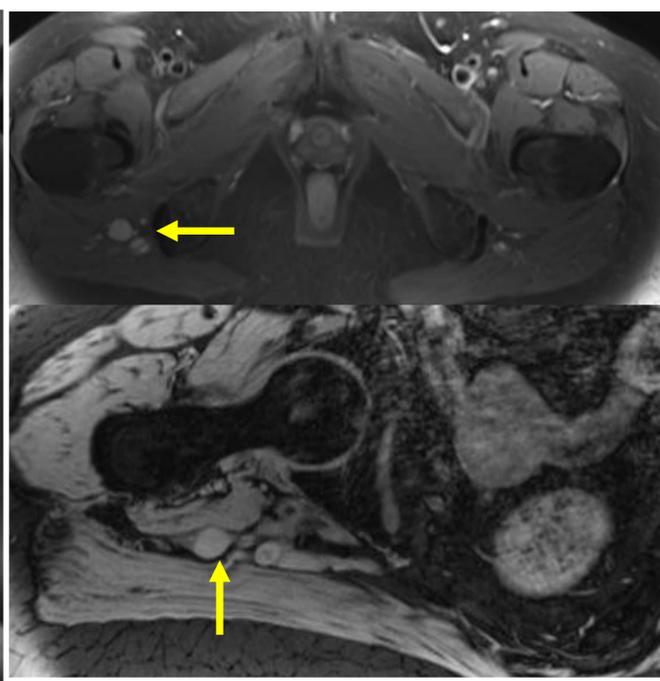
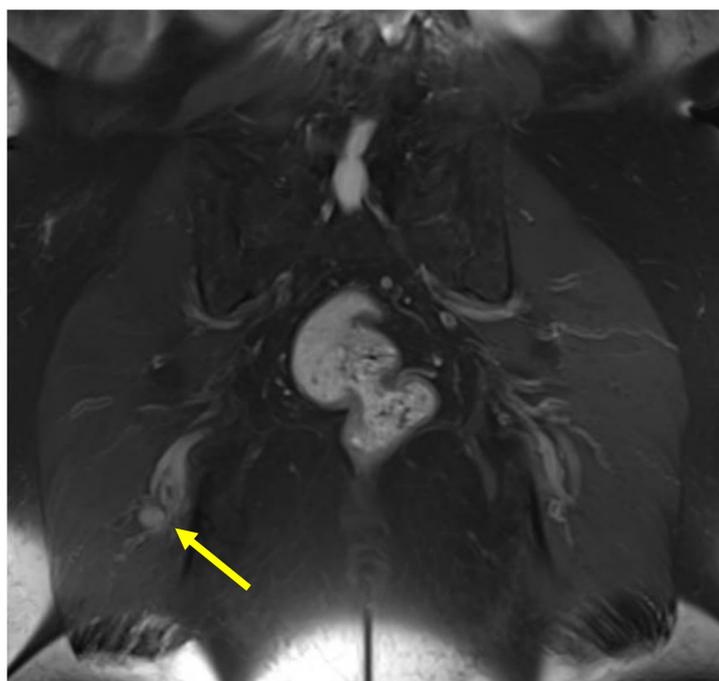
## PRUEBAS IMAGEN

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 analgesia 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