

DOLOR LUMBAR EN PACIENTE JÓVENES ¿QUÉ PATOLOGÍA DEBERÍA DESCARTARSE?

Paulete García A, Fernández La Villa (Hospital Universitario del Sureste - Madrid/Hospital Universitario Cáceres - Cáceres)

INTRODUCCIÓN

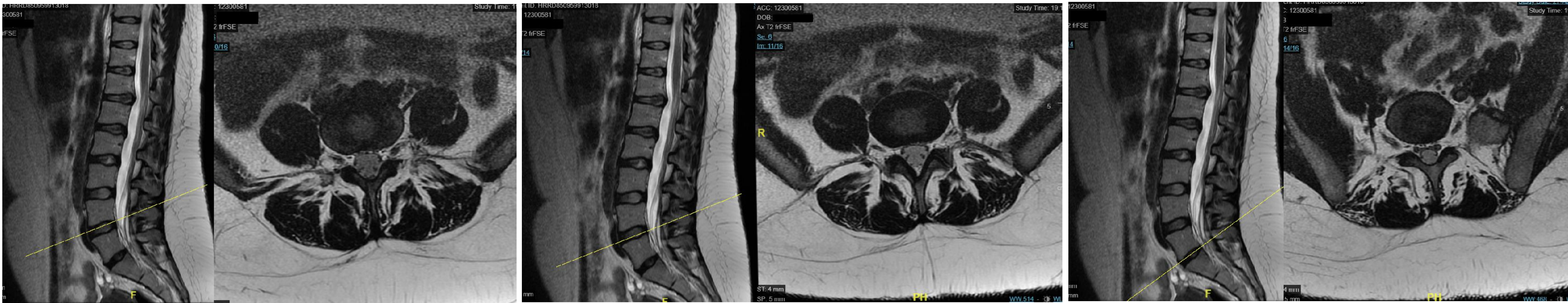
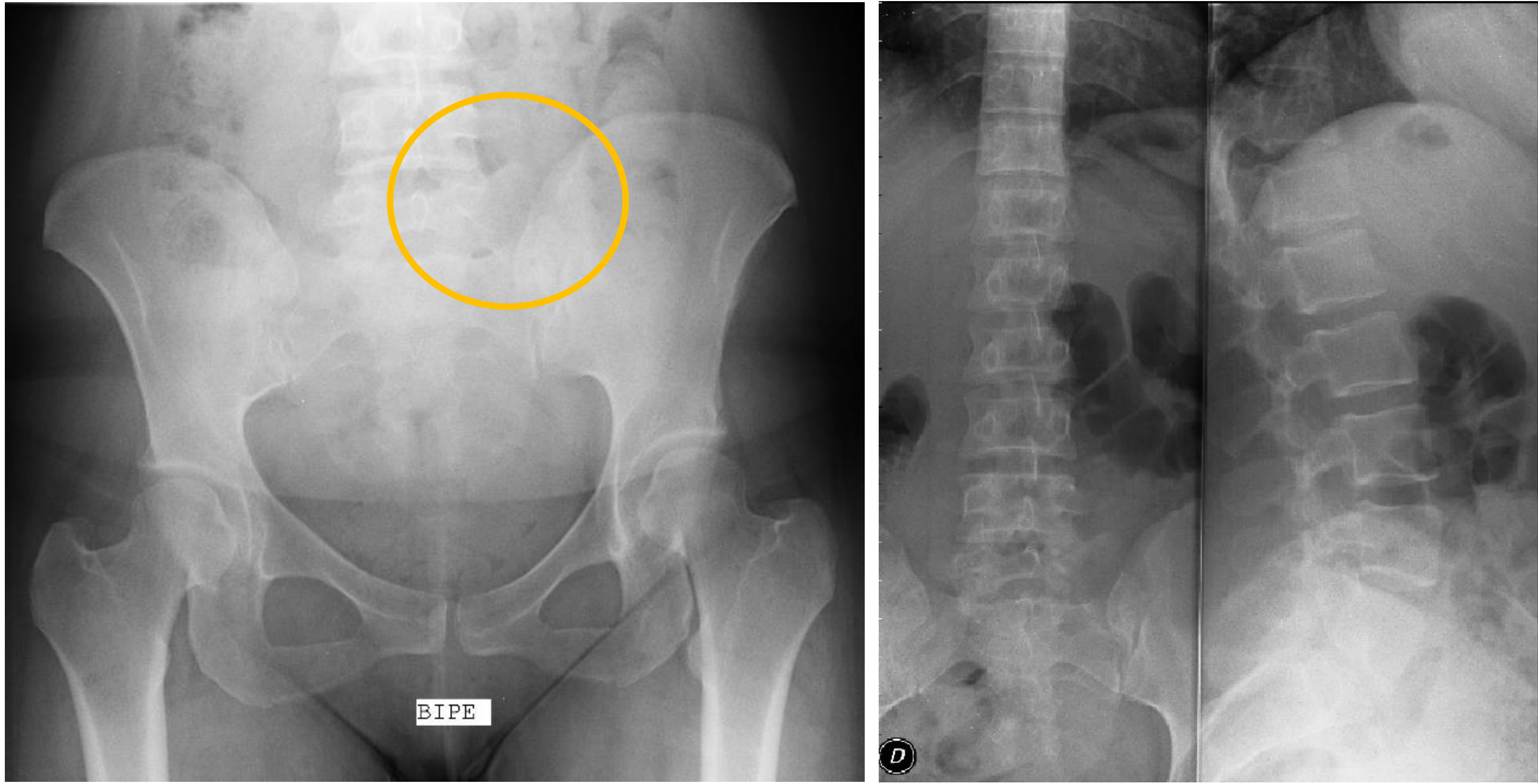
El dolor lumbar es una de los principales motivos de consulta en traumatología y atención primaria. El Sd Bertolotti es una anomalía congénita que presenta un crecimiento anómalo de una o ambas apófisis transversas de L5 articulándose o fusionándose en diferentes grados con el sacro. Provoca un dolor de características mecánicas por una disminución de movilidad a nivel lumbosacro. En múltiples ocasiones se establece como diagnóstico de exclusión.

OBJETIVOS

A propósito de un caso, realizar el diagnóstico diferencial de dolor lumbar en paciente jóvenes y plantear diferentes posibilidades terapéuticas en el contexto de megaapófisis transversa o Sd. Bertolotti

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 33 años con dolor lumbar de largo tiempo de evolución, constante, refractario a tratamiento analgésico y que empeora ante determinadas actividades. Acompañado de parestesias en territorio L5 de pierna izquierda sin sobrepasar la rodilla, Lasegue + 50º y Bragard + 45º, fuerza y sensibilidad conservada en todas las metámeras, sin signos de alarma asociados. La radiografía muestra una megaapófisis transversa unilateral L5 izquierda (tipo IIa de Castellvi), ENG L2-S2 sin alteraciones y RMN que descarta compresión y discopatía a nivel lumbar. Se inicia tratamiento rehabilitador, modificación de la pauta analgésica e infiltración corticoanalgésica foraminal L5 izquierda y de la neoarticulación L5-S1. Tras la ausencia de mejoría, se opta por tratamiento quirúrgico.



Se realiza un abordaje posterior sobre línea media, esqueletización L4-L5 exponiéndose la megaapófisis transversa L5 izquierda y parte proximal del ala sacra. Mediante una fresa de alta velocidad se procede a la resección de la megaapófisis transversa y zona de neoarticulación/pseudoartrosis L5-S1 de al menos 5mm para evitar la recidiva, sumándose una foraminotomía de la raíz L5

RESULTADOS

Al alta la paciente deambula sin corsé con disminución del dolor y mejoría clínica. La paciente acude en dos ocasiones a Urgencias por dificultad para la deambulaci3n, reaparici3n y empeoramiento de las parestesias en territorio de L5 sin signos de alarma asociados. A pesar de la mejoría inicial del dolor lumbar y una adecuada resecci3n de la megaapófisis, persiste el empeoramiento clínicoy aumento de la limitaci3n funcional. Con ello se decide realizar una

nueva RMN, pendiente de resultado, valorando como rescate una artrodesis posterolateral

CONCLUSIONES

El Sd. Bertolotti es causa de dolor lumbar en paciente jóvenes por debajo de los 30 años en el 18% de los casos, y solo el 4-8% es diagnosticado correctamente. Las exploraci3n y radiografía son suficientes para el diagnóstico. A pesar de los estudios, sigue sin haber un consenso sobre el manejo de esta patologíay pudiendo realizar infiltraci3n corticoanalgésica u optar por la intervenci3n quirúrgica si existe persistencia de la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ravikanth R, Majumdar P. Bertolotti's syndrome in low-backache population: Classification and imaging findings. *Tzu Chi Med J* 2019;31(2):90-5.
2. Manmohan S, Dzulkarnain A, Nor Azlin ZA, Fazir M. Bertolotti's syndrome: A commonly missed cause of back pain in young patients. *Malays Fam Physician*. 2015;10(2):55-58.
3. Adams R, Herrera-Nicol R, Jenkins III A.L. Surgical Treatment of a Rare Presentation of Bertolotti's Syndrome from Castellvi Type IV Lumbosacral Transitional Vertebra: Case Report and Review of the Literature. *J Neurol Surg Rep* 2018 Jul;79(3):e70-e74. doi: 10.1055/s-0038-1667172.
4. Jancuska J. M., Spivak J.M, Bendo J.A. A Review of Symptomatic Lumbosacral Transitional Vertebrae: Bertolotti's Syndrome. *Int J Spine Surg*. 2015 Jul 29;9:42. doi: 10.14444/2042. eCollection 2015

