



LUMBALGIA CRONICA Y ESPINA BIFIDA OCULTA: CUANDO UN
HALLAZGO RADIOLOGICO CAMBIA EL ABORDAJE TERAPEUTICO,

Villalobos-Martinez, Angel R.¹ , De la Garza-Salinas Adriana¹ Bueno-Gómez, Ricardo E.¹ Segovia-Sandoval, Karen P.¹
Nava-Obregón , Teresa A.¹ López-Rios, Juan F.¹ Rodriguez-Favela, Ricardo I.¹

¹Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Universidad Autónoma de
Nuevo León.

Introducción

La espina bífida oculta abarca un grupo de malformaciones derivadas de un defecto en la fusión del tubo neural, en el que la lesión se encuentra recubierta por piel intacta. Se distinguen dos tipos: abierto y oculto, siendo este último el más frecuente, aunque su incidencia exacta aún no está bien establecida. En muchos casos, la piel suprayacente puede parecer normal, aunque pueden presentarse estigmas cutáneos (como hoyuelos, hipertriosis o hemangiomas) que constituyen los únicos indicios clínicos de la anomalía. El diagnóstico suele ser incidental, generalmente confirmado mediante estudios de imagen. Su importancia radica en que estas alteraciones pueden modificar la anatomía del espacio epidural, afectando la distribución de anestésicos locales y otros fármacos durante procedimientos neuroaxiales como bloqueos epidurales o intratecales.

Antecedentes personales

Dolor lumbar 10 años de evolución con progresión hacia región glútea y extremidades inferiores, más alteración de debilidad en glúteos y sin alteración de esfínteres posterior a bloqueo terapéutico.



Motivo de Consulta

Masculino de 45 años, sin antecedentes médicos de relevancia. En manejo con tramadol, paracetamol y AINEs sin respuesta clínica significativa, con alivio parcial tras el uso de pregabalina. Durante una epidurografía, se evidenció dispersión anómala del medio de contraste, lo que motivó la suspensión del procedimiento y realización de estudios complementarios con fluoroscopia tridimensional, los cuales confirmaron la presencia de espina bífida oculta con fusión de las apófisis espinosas de S1 a S4. Este hallazgo explicó la alteración en la distribución del contraste y sugiere una modificación anatómica del sacro, potencialmente relacionada con el dolor crónico refractario y la ineficacia de bloqueos epidurales previos.

Cuadro Clinico de Dolor

Dolor lumbar cronico con escala visual analógica 7/10 con mejoría parcial al consumo farmacologico más irradiación hacia nalga y región posterior de la pierna hasta la planta del pie más hormigueo y pesadez bilateral con predominio de lado derecho.

Conclusiones

Una revisión exhaustiva de los estudios de imagen previos, en conjunto con una evaluación clínica detallada, permite identificar hallazgos relevantes que pueden pasar desapercibidos inicialmente y que son clave para decidir si es necesario replantear la estrategia intervencionista en beneficio del paciente.