



Compresión del nervio ciático por linfocele pélvico: la importancia de un buen diagnóstico diferencial en las lumbociatalgias

IGNACIO TOMÁS JIMÉNEZ PARREÑO, MARÍA CASES SÁNCHEZ, ALICIA SÁNCHEZ CANO, MARÍA ILLÁN ILLÁN, JOSÉ VALVERDE FUENTES, MARÍA JOSÉ LOMBARDEO PEDREGAL

INTRODUCCIÓN

Las causas más típicas de **lumbociatalgia** suelen ser el síndrome facetario o las radiculopatías por hernia discal. Sin embargo, en pacientes cuyo dolor es refractario a tratamiento convencional y además evoluciona de forma atípica y progresiva, es crucial **considerar otras causas menos frecuentes** como tumores, infecciones, compresiones extrarraquídeas, etc. que puedan modificar la actitud terapéutica.

Presentamos el caso de un varón de 63 años que ingresa por **dolor y debilidad en miembro inferior derecho de un mes de evolución**, asociado a **caídas** repetidas.

Entre sus antecedentes destacan hipertensión, diabetes, fumador, intervenido de cistectomía radical con Bricker y portador de nefrostomía. Ingreso hospitalario reciente por absceso hepático asociado a bacteriemia que requirió encamamiento durante tres semanas.

CONCLUSIONES

La resolución de este caso poco frecuente destaca el valor de un diagnóstico diferencial exhaustivo en lumbociatalgia atípica. La identificación del linfocele pélvico como causa de la compresión neurológica permitió un tratamiento dirigido, logrando una rápida mejoría. Explorar etiologías menos comunes es clave para un manejo eficaz en cuadros clínicos inusuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neagoe OC, Ionica M, Mazilu O. The role of pelvic lymphocele in the development of early postoperative complications. Medicine (Baltimore). 2018 Sep;97(37):e12353. doi: 10.1097/MD.00000000000012353. PMID: 30212991; PMCID: PMC6156063.
2. Liu FS, Hung MJ, Hwang SF, Lu CH, Ke YM, Ho ES. Management of pelvic lymphocysts by ultrasound-guided aspiration and minocycline sclerotherapy. Gynecol Obstet Invest. 2005;59(3):130-3. doi: 10.1159/000082889. Epub 2004 Dec 22. PMID: 15627779.

CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

El paciente refiere dolor a nivel **glúteo derecho con irradiación hacia la cara posterior del muslo y pierna ipsilaterales de un mes de evolución e incremento progresivo de intensidad, interfiriendo con la marcha**. Además, asocia **debilidad de predominio distal**, derivando en caídas recurrentes. No refiere alteraciones esfinterianas ni síntomas en el miembro contralateral. Refractario a terapia con tramadol.

A la exploración, se objetiva **pérdida de fuerza en cuádriceps (3/5) y tobillo (0/5) derechos**. Sensibilidad distal bilateral conservada. Cirugía vascular descarta patología isquémica tras angio-TC de aorta y MMII, y Traumatología descarta ciatalgia que requiera actitud quirúrgica.

Dada la persistencia del cuadro, se solicita una RMN lumbosacra y pélvica, que revela la presencia de un **linfocele pélvico derecho que comprime nervio ciático**, tronco lumbosacro y pequeñas ramas regionales, con signos de miopatía secundaria con edema y atrofia grasa en la musculatura del muslo derecho. Se realiza una EMG que informa de una neuropatía del nervio ciático mayor derecho de evolución aguda y grado severo. (1)
Se decide realizar **punción ecoguiada para drenaje** de linfocele, colocando drenaje mediante catéter Pig-Tail, alcanzando resolución del cuadro tras cuatro días de evolución. (2)

