



Cuando la hernia discal no explica todo: un caso clínico

R. Franco Gómez, M. Marchante Vilata

Unidad de Raquis. Hospital Asepeyo Sant Cugat. Barcelona

Correspondencia:

Dr. Raúl Franco Gómez

Correo electrónico: rfrancogomez@asepeyo.es

Recibido el 30 de julio de 2025

Aceptado el 6 de octubre de 2025

Disponible en Internet: noviembre de 2025

RESUMEN

La ciática es una de las causas más comunes de consulta en traumatología y suele relacionarse con patología vertebral lumbar. Sin embargo, en ocasiones, hallazgos radiológicos coincidentes pueden desviar la atención clínica y retrasar un diagnóstico alternativo. Presentamos el caso de un varón de 57 años con dolor ciático persistente tras traumatismo laboral y posterior cirugía lumbar, en el que finalmente se identificó una patología extravertebral responsable del cuadro. Este caso resalta la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en la ciática atípica, especialmente cuando la evolución clínica no es la esperada tras el tratamiento convencional.

Palabras clave: Ciática. Pseudociática. Diagnóstico diferencial. Traumatología laboral.

ABSTRACT

When a disc herniation does not explain everything: a case report

Sciatica is one of the most common causes of consultation in traumatology and is usually related to lumbar vertebral pathology. However, coincidental radiological findings may sometimes mislead clinical attention and delay an alternative diagnosis. We present the case of a 57-year-old man with persistent sciatic pain after a work-related trauma and subsequent lumbar surgery, in whom an outside of spine pathology was ultimately identified as the underlying cause. This case highlights the importance of considering differential diagnoses in atypical sciatica, especially when the clinical course does not follow the expected response to conventional treatment.

Key words: Sciatica, pseudo-sciatica. Differential diagnosis. Occupational trauma.



<https://doi.org/10.24129/j.retla.08216.fs2508016>

© 2025 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La ciática constituye un motivo frecuente de incapacidad laboral y está habitualmente relacionada con hernia discal lumbar o estenosis del canal. No obstante, la literatura describe que una proporción de pacientes presenta dolor ciático de origen extravertebral, lo que se conoce como pseudociática o *sciatica mimics*⁽¹⁻³⁾. Entre estas causas destacan el síndrome piriforme, las lesiones tumorales pélvicas y los tumores musculoesqueléticos de extremidades. También se han descrito casos de pseudociática secundaria a hematomas intramusculares, desgarros musculares y lesiones compresivas del nervio ciático en la región glútea o femoral⁽⁴⁻⁶⁾.

El reto diagnóstico radica en que muchos de estos pacientes presentan hallazgos radiológicos lumbares concomitantes, lo que puede inducir a tratamientos innecesarios y retrasar el diagnóstico correcto⁽¹⁾. Este trabajo presenta el caso de un paciente inicialmente tratado por hernia discal lumbar con persistencia de los síntomas, en quien la reevaluación clínica y la ampliación del estudio permitieron identificar una causa tumoral extravertebral, resaltando la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en la ciática atípica.

Caso clínico

Se trata de un varón de 57 años, empleado en recogida de basura. Diez días antes de la consulta sufre una caída accidental con dolor intenso en el miembro inferior izquierdo, hipoestesia en calcetín y debilidad para la flexión y extensión del tobillo. En la exploración física presentaba Lasègue izquierdo negativo, derecho positivo a 50° y *femoral stretch test* derecho positivo. Se constató fuerza 1/5 en el tobillo izquierdo. La resonancia magnética (**Figura 1**) mostró discopatía L4-L5 con hernia discal posteromedial

derecha. La electromiografía (EMG) evidenció afectación radiculoplexular izquierda moderada L3-L4 y grave L5-S1 posganglionar.

Cincuenta días tras el accidente se realizó fusión lumbar instrumentada L4-L5 con inserción de dispositivo intersomático por vía transforaminal derecha. En el segundo día postoperatorio presentó empeoramiento del dolor, objetivándose en la tomografía computarizada (**Figura 2**) malposición del tornillo L5 izquierdo que invadía el canal. Se reintervino a los 5 días corrigiendo el trayecto del tornillo. Sin embargo, persistió el dolor. La reevaluación del caso, sumada a los hallazgos de EMG, motivó estu-

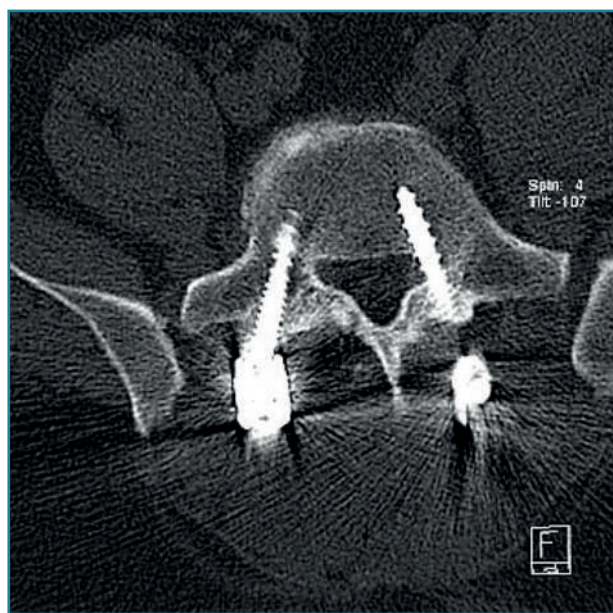


Figura 2. Tomografía computarizada lumbar postoperatoria en corte axial. Tornillo pedicular izquierdo de L5 mal posicionado, con violación de la pared medial del pedículo e invasión parcial del canal vertebral.

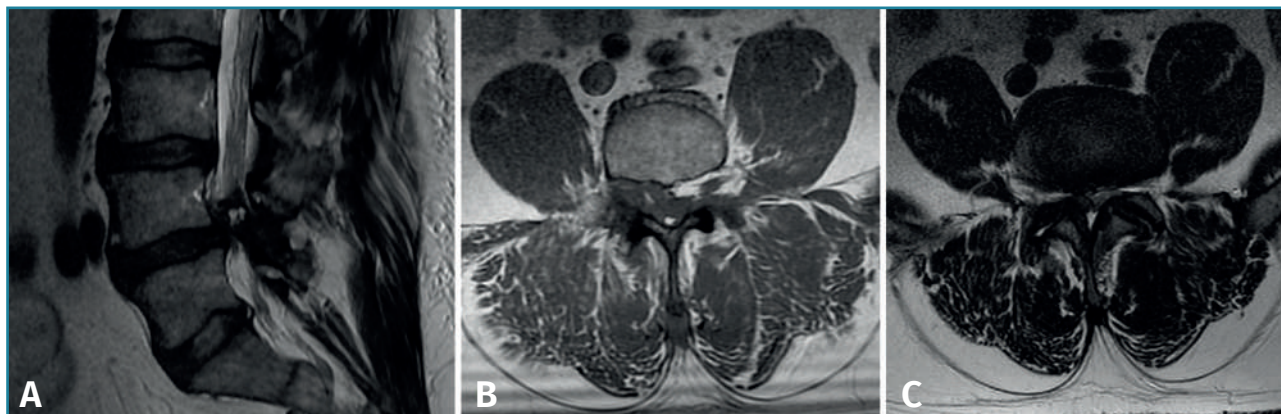


Figura 1. Resonancia magnética lumbar inicial. A: corte sagital en secuencia T2: discopatía de grado IV en L4-L5 con hernia discal extruida; B: corte axial en secuencia T1 a nivel de L4-L5, con estenosis del receso lateral derecho secundaria a extrusión discal; C: corte axial en secuencia T2, con protrusión discal difusa con estenosis foraminal bilateral y canal medular estrecho (grado C según Schizas-Theumann).

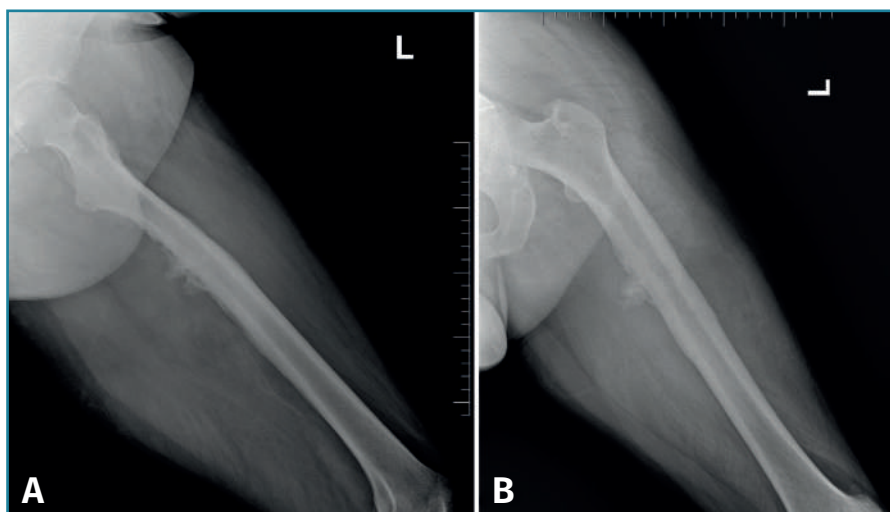


Figura 3. Radiografías del fémur izquierdo. A: proyección anteroposterior, con lesión ósea permeativa en la diáfisis femoral con reacción perióstica; B: proyección lateral, con irregularidad cortical y masa de las partes blandas adyacente, sugestiva de lesión tumoral.

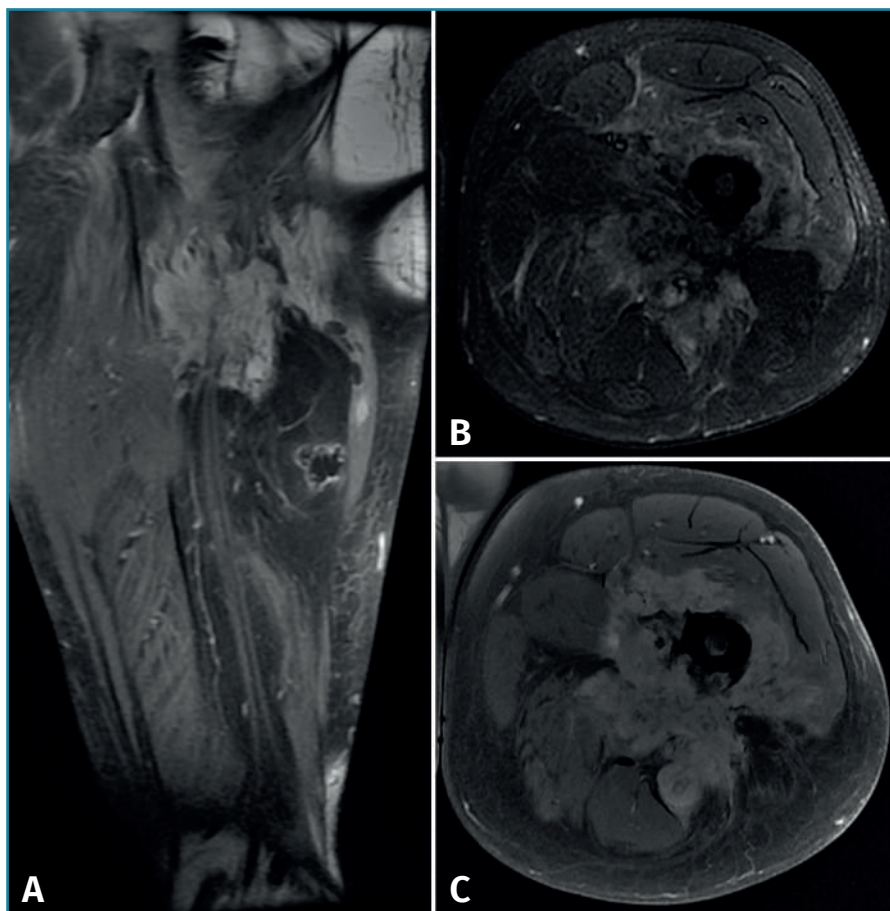


Figura 4. Resonancia magnética del fémur izquierdo. A: corte coronal en secuencia STIR, con masa de partes blandas de gran tamaño con afectación diafisaria femoral; B: corte axial en secuencia T2, con masa heterogénea con áreas de necrosis central; C: corte axial en secuencia T1 con supresión grasa, con compromiso del trayecto del nervio ciático por la masa tumoral.

dios complementarios de pierna y trayecto ciático (**Figuras 3 y 4**), detectándose una masa tumoral en el fémur izquierdo compatible con sarcoma fusocelular.

Discusión

El caso descrito ilustra uno de los principales retos para los traumatólogos: diferenciar entre ciática de origen vertebral y pseudociática. En pacientes con dolor ciático, la presencia de una hernia discal en la resonancia suele interpretarse como hallazgo causal, pero no siempre existe correlación clínico-radiológica. Estudios recientes subrayan que hasta un 30% de los adultos asintomáticos pueden presentar protrusiones o hernias discales⁽¹⁾.

La literatura recoge múltiples causas de ciática extraverdebral. Koh *et al.* describen neuropatías del espacio subglúteo –incluyendo atrapamientos del nervio ciático, cluneal o pudendo– como responsables de dolor ciático crónico, clínicamente indistinguibles de una radiculopatía⁽²⁾. Otros autores han informado casos de pseudociática secundaria a lesiones musculares: un hematoma en el músculo gemelo inferior⁽⁴⁾ o un desgarro del bíceps femoral en contacto con el nervio ciático⁽⁶⁾. También se han reportado tumores pélvicos y de la extremidad proximal, como sarcomas que debutan con dolor ciático sin otros síntomas específicos^(3,5). Nuestro caso comparte elementos con estas publicaciones: la falta de respuesta a la cirugía lumbar, los hallazgos electromiográficos posganglionares y la persistencia del dolor obligaron a replantear el diagnóstico. Finalmente, la identificación de un sarcoma fusocelular

lar femoral como causa del dolor refuerza la necesidad de un enfoque diagnóstico integral.

Conclusiones

- La persistencia de ciática tras una descompresión lumbar debe motivar la búsqueda de causas extra-raquídeas.
- La coherencia entre la exploración clínica, EMG e imagen avanzada es crucial para evitar retrasos diagnósticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Siddiq MAB, Siddiq AB, Yousuf MS, Hasan M, Alshahrani MS, Chowdhury MAB, et al. Extra-spinal sciatica and sciatica mimics: a scoping review. *Korean J Pain.* 2020;33(4):305-17.
2. Koh E. Imaging of peripheral nerve causes of chronic buttock pain and sciatica. *Clin Radiol.* 2021;76(8):626.e1-626.e11.
3. Matsumoto Y, Matsumoto S, Shimoji T, Ae K, Kobayashi E, Susa M, et al. Tumors presenting as sciatic notch masses: a critical differential diagnosis of sciatica. *World J Clin Oncol.* 2016;7(5):414-9.
4. Siow CY, Chen KL. A swollen inferior gemellus muscle with hematoma mimics sciatica: a case report. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(5):1080.
5. Espinosa LCBP. Pseudo-sciatica due to pelvic tumor: case presentation. *Biomed J Sci Tech Res.* 2021;35(4):27416-9.
6. Correia R, Correia G, Meixedo S, de Castro Correia M, Carvalho JL. Pseudo-sciatica pain due to a biceps femoris muscle tear. *Cureus.* 2024;16(11):e74286.