



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



P-036 - DORSALGIA INFILTRADA

I.M. Gómez Martín^a, I. Gómez Bruque^a, R. Medel Cortés^b, E. Salas^a y A.B. Lara Muñoz^a

^aCS Santa Rosa. ^bCS Montoro.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que acude por primera vez a nuestra consulta, demandando derivación a la Unidad del Dolor por presentar dolor escapular y subescapular irradiado a hombro izquierdo, lancinante, de características mecánicas, de unos 4 meses de evolución. Ha realizado tratamiento con antiinflamatorios y distintos analgésicos sin mejoría. Ha acudido varias veces a Urgencias por dicho motivo, se le han realizado varias analíticas y radiografías sin encontrar alteraciones. El dolor afecta a su vida diaria, encontrándose más deprimido. Niega fiebre, no tos ni expectoración ni clínica de insuficiencia cardiaca. Consideramos derivar a M. Interna para descartar organicidad y pautamos tegretol 200 mg/8h. AP: no AMC. No HTA, no DM. EPOC no agudizador tipo enfisema. IAM en 2012 revascularizado con stent en DA. FA paroxística. Anemia hemolítica autoinmune en remisión completa. Adenocarcinoma de colon en 2009 con colectomía izquierda en remisión completa. Fumador activo de 3-4 cig/día (CA: 40 paq/año). Tratamiento habitual: furosemida 40 mg/día, ramipril 2,5 mg/24h, eplerenona 25 mg/24h, carvedilol 6,25 mg/12h, citalopram 20 mg/24h, Spiriva 18 µg 1 inh/24h, omeprazol 20 mg/24h, AAS 100 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Columna dorsal: dolor a subescapular, más acentuado en zona izquierda, que aumenta con los movimientos. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC, crepitantes finos bibasales. MMII: no edemas, no signos de TVP. Hemograma normal. Bioquímica: aumento CEA, transas y colestasis; coagulación normal. Rx columna cervical: No signos de fractura ni aplastamiento vertebral. Rx tórax: no imágenes de derrame ni condensación. RM columna cervical: hiperintensidad de médula espinal de D1-D3. Múltiples lesiones parcheadas en cuerpos vertebrales dorsales, en probable relación con metástasis. TC tórax: opacidad nodular en LSI, de características indeterminadas altamente sospechosa de neoplasia pulmonar. Hallazgos sugestivos de metástasis ósea.

Juicio clínico: Probable adenocarcinoma pulmonar metastásico o estadio IV con afectación vertebral y cuadro compresivo medular.

Diagnóstico diferencial: Espondilitis anquilosante, espondilitis, espondilólisis, hernia discal, enfermedad de Paget, herpes zoster, patología cardiovascular.

Comentario final: La dorsalgia es un síntoma menos frecuente que el resto de raquialgias y frecuentemente es asiento de dolores irradiados desde el territorio cervical y lumbar. Las causas más frecuentes de dorsalgia son las de tipo mecánico, que por lo general se resuelven

espontáneamente o con tratamiento analgésico habitual. Sin embargo, en un menor porcentaje de casos las dorsalgias se deben a otras patologías de mayor gravedad, como en este caso. Por ello, ante una larga evolución de los síntomas, un curso atípico de los mismos o signos de alarma (como pérdida de fuerza o movilidad), es importante una correcta HC, en la que se recojan las características más importantes del dolor, y la realización de las pruebas complementarias oportunas para un correcto y precoz diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, et al. Diagnóstico y tratamiento médico. Madrid, 2010. Marbán.
2. Kahan S, Smith EG. Signos y síntomas. Ediciones Mayo, Barcelona, 2007.
3. Farreras Valentí P, Rozman, C, et al. Medicina Interna, 16ª ed. Elsevier.
4. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.