



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-283 - LUMBALGIA INCOERCIBLE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN TUMORAL

R. Reina González^a, C. Gómez Sánchez-Lafuente^b, M. Gutiérrez Jansen^a y A. Camarena Herrera^a

^aCS Ciudad Jardín. ^bHospital Universitario Virgen de la Victoria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor lumbar de predominio derecho de meses de evolución. El dolor se irradia a cadera y abdomen, no relacionado con los esfuerzos pero muy limitante, impidiéndole la deambulación normal y precisando analgesia cada 2 horas, prescrita en Urgencias tras múltiples visitas. No clínica neurológica ni incontinencia urinaria. El dolor abdominal es de características punzantes en flanco derecho, no relacionado con las comidas, sin alteración del hábito intestinal, aunque con emisión de hebras de sangre roja en las heces.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente estable hemodinámicamente. A la exploración destaca abdomen excavado, doloroso de forma difusa sin signos de irritación peritoneal, con sensación de masa a la palpación de flanco derecho periumbilical. Tacto rectal sin hallazgos. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha a nivel lumbar, con signos de Lasegue y Bragard negativo. Aportaba radiografía lumbosacra reciente donde se aprecia lordosis lumbar fisiológica sin signos de aplastamiento ni fractura, así como analítica de sangre destacando únicamente patrón colestásico (GGT 321 U/L y FA 287 U/I) sin deterioro de función renal ni otras alteraciones de interés. Ante el dolor incoercible y los hallazgos a la exploración se solicita ecografía abdominal donde se aprecian múltiples lesiones ocupantes de espacio en ambos lóbulos hepáticos, redondeadas y bien delimitadas, con escasa vascularización, sugestivas de metástasis como primera opción diagnóstica. Debido a los resultados ecográficos, se procedió a ingreso hospitalario para completar estudio mediante TC torácico-abdominal, gammagrafía ósea y colonoscopia con biopsia, con diagnóstico final de adenocarcinoma de colón con diseminación hepática.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de colón con diseminación hepática.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia osteomuscular, espondiloartrosis, hernia discal, espondilosis anquilosante, estenosis canal lumbar, fractura vertebral, aplastamiento vertebral, aneurisma abdominal, espondilolistesis, coledocistitis, litiasis renal.

Comentario final: La lumbalgia es un motivo frecuente de consulta, tanto en Urgencias como en Atención Primaria. La mayoría son autolimitadas y se resuelven con analgesia. No obstante, signos de alarma, como el dolor progresivo, muy limitante, que no cede con los analgésicos habituales, debe hacernos sospechar entidades subyacentes de mayor gravedad, que usualmente debutan con otra sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beart RW, Steele GD, Menck HR, Chmiel JS, Ocwieja KE, Winchester DP. Management and survival of patients with adenocarcinoma of the colon and rectum: a national survey of the Commission on Cancer. *J Am Coll Surg*. 2005;181:225-36.
2. Chang GJ, Kaiser AM, Mills S, Rafferty JF, Buie WD. Practice parameters for the management of colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:831-43.