



160/758 - CONSECUENCIAS DE LA LIMITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

D. Maqueda Pedrosa^a, M.J. Silva Santos^b y G. Winkler^c

^aMédico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Camas. Sevilla. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Camas. Sevilla. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito del caso: mixto; Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias. Caso multidisciplinar. Motivo de consulta: mujer de 43 años que consulta en numerosas ocasiones a su médico de familia y en urgencias (tanto del centro de salud, como hospitalarias) por dolor lumbar bilateral de dos meses de evolución. En las dos últimas semanas previas a su diagnóstico realizó tratamiento antibiótico en el contexto de pielonefritis aguda sin mejoría. Historia clínica. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, Artritis reumatoide, síndrome de Cushing, HTA. Anamnesis: mujer de 43 años que consulta en numerosas ocasiones a urgencias y a su médico de familia por dolor lumbar bilateral de dos meses de evolución, diagnosticándose de lumbalgia mecánica versus posible brote de su artritis reumatoide, con radiografía lumbar realizada por su médico sin objetivar hallazgos patológicos. En ninguna consulta la paciente refiere clínica digestiva. En una de las ocasiones, el dolor lumbar se acompaña de sintomatología urinaria por lo que se diagnostica de pielonefritis aguda y se trata con antibiótico. Ante la ausencia de mejoría, vuelve a urgencias y tras realizar ecografía abdominal para descartar pielonefritis complicada, se identifican lesiones ocupantes de espacio hepáticas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: sin hallazgos relevantes, salvo dolor a la palpación abdominal generalizada y hepatomegalia dura, dolorosa de 4-5 traveses de dedo por debajo de parrilla costal. Pruebas complementarias: analítica, ecografía abdominal, radiografía lumbosacra, radiografía tórax, biopsia hepática, colonoscopia, estudio genético, TAC tórax-abdomen-pelvis.

Juicio clínico: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto-sigma estadio IV.

Diagnóstico diferencial: El principal diagnóstico diferencial fue lumbalgia mecánica, previa a la realización de la ecografía. Por la clínica podríamos haber pensado que se tratasen también de metástasis óseas a nivel de columna.

Comentario final: La paciente evolucionó de forma tórpida, produciendo la masa tumoral necrosada un neumoperitoneo y shock séptico secundario a peritonitis fecaloidea. Complicaciones múltiples: neumonía bilateral por VRS y sobreinfección bacteriana. Todo lo descrito desembocó en parada cardiorrespiratoria y muerte aproximadamente al mes del diagnóstico de la patología. La

aplicabilidad de este caso en todos los ámbitos, tanto de atención primaria como urgencias hospitalarias, viene dada por la necesidad de estudiar a pacientes hiperfrecuentadores en los que no se objetiva mejoría alguna con la terapia administrada. Tenemos que ser conscientes de nuestra limitación en la solicitud de pruebas complementarias, sin que ello suponga una merma en la calidad asistencial que estamos ofreciendo a nuestros pacientes. Además es de vital importancia una correcta anamnesis y exploración completa por órganos y sistemas. Es una herramienta fundamental para el médico de familia y debemos luchar por conseguir un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Humbería A. Consulta monográfica de columna lumbar. Protocolo de investigación clínica, ¿cómo son los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica? Rev Esp Reumatol. 2004;31:453-61.
2. Kovacs FM, Muriel A, Abriaira V, Medina JM, Castillo Sánchez MD, Olabe J; Spanish Back Pain Research Network. The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. Spine. 2005;30(15):676-82.
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of Low Back Pain: Guidelines. Ann Intern Med. 2007;147:478-91.