



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/371 - UNA LUMBALGIA ATÍPICA

M. Turégano Yedro<sup>a</sup>, L. Tobajas Belvís<sup>b</sup>, J.C. Romero Vigara<sup>c</sup>, A.M. Aragón Merino<sup>d</sup>, M.Á. Fandiño Márquez<sup>e</sup> y M. Turégano Albarrán<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. <sup>f</sup>Médico de Familia. Coordinador médico de Prevemont. Cáceres.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años con antecedentes de HTA y fumador de cigarrillos/día que acude al servicio de Urgencias por presentar dolor lumbar, de inicio en zona de cadera derecha, con incremento progresivo en unión dorso-lumbar derecha, que empeora con ciertos movimientos pero sin alivio con ninguna postura. Niega antecedente traumático ni episodio previo, ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 190/100 mmHg. Impresiona de dolor. Hábito pícnico. Auscultación pulmonar: roncus y crepitantes bilaterales. Columna: contractura dorsolumbar derecha con percusión de las apófisis espinosas normal. Extremidades: pulsos asimétricos inguinales (menor el derecho) con pulsos distales palpables. Pruebas complementarias. Hemograma: hemoglobina 11,4, hematocrito 31,5, VCM 67, leucocitos 3.200, neutrófilos 2.200, plaquetas 142.000. Bioquímica: glucosa 90, creatinina 0,89, proteínas totales 4,9, albúmina 2,3, sodio 128, potasio 1,91, calcio 6,8, LDH 749, transaminasas normales. TAC abdomino-pélvico: se objetiva adenopatía retrocrural derecha de carácter patológico y múltiples adenopatías patológicas de situación inter-aortocava a nivel supra e infrarrenal que rodean estructuras vasculares llegando hasta la división ilíaca principal, conformando un gran conglomerado adenopático. Dados los hallazgos, se extiende el estudio al área torácica, donde se objetivan numerosas adenopatías, sugiriendo todo lo anterior un proceso linfoproliferativo. En el área que rodea T6 y T7 se aprecia una masa de partes blandas que infiltra la vértebra provocando compresión del parénquima medular. Resonancia magnética de columna dorsal: signos de metástasis óseas en T6 con fractura patológica y compresión medular en T10. Analítica general: PSA 2,432. Gammagrafía ósea: múltiples focos hipercaptantes con reacción osteoblástica en relación con metástasis óseas de su proceso de base. Biopsia de bloque adenopático en ilíacas derechas: metástasis ganglionares de adenocarcinoma de origen prostático.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis ganglionares y óseas múltiples.

**Diagnóstico diferencial:** Metástasis óseas, linfoma/mieloma, osteoesclerosis, aneurisma de aorta,

síndrome de cola de caballo.

**Comentario final:** En este caso, el paciente no presentaba ninguna sintomatología sugerente de afectación prostática y la lumbalgia, podía hacer pensar en una patología degenerativa. El sitio de mayor afectación de lesiones metastásicas óseas son las vértebras torácicas. Los síntomas son de carácter subagudo o crónico y deben tenerse en cuenta distintas características. Todo paciente con dolor persistente en la columna debe protocolizarse para buscar probables lesiones metastásicas. La compresión medular secundaria a metástasis de tumor primario desconocido no es raro, y sus causas más frecuentes son neoplasias hematológicas, carcinoma broncogénico y adenocarcinoma de próstata. Ante todo paciente con compresión medular, debe realizarse resonancia magnética para comprobar existencia de zonas afectadas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Byrne TN. Spinal cord compression from epidural metastases. *N Engl J Med.* 1992;327(9):614-9.
2. Levack P, Graham J, Collie D, Grant R, et al. Don't wait for a sensory level-listen to the symptoms: a prospective audit of the delay in diagnosis of malignant cord compression. *Clin Oncol.* 2002;14(6):472-80.
3. Sizer PS Jr, Brismée JM, Cook C. Medical screening for red flags in the diagnosis and management of musculoskeletal spine pain. *Pain Pract.* 2007;7(1):53-71.
4. Prasad D, Schiff D. Malignant spinal-cord compression. *Lancet Oncol.* 2005;6(1):15-24.