



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1313 - ESTO NO ES UN DOLOR DE ESPALDA

N. El-Haddad Boufares^a, M. Lor Leandro^b, F. Bernal Hertfelder^b, J. Santa Cruz Hernández^c, A. Álvarez Rodríguez^c y M. Escudero Araus^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Frenos. Torrejón de Ardoz. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con AP de HTA, DM2, déficit del factor V de Leiden, psoriasis y esteatosis hepática. No tóxicos. Consulta recurrente en MAP por dolor en región lumbar de 4 meses de evolución, irradiado a ambos flancos e hipogastrio, empeora en determinadas posturas o sedestación prolongada. Se acompaña de distensión abdominal y estreñimiento. No otra sintomatología. No alteraciones en PPCC. Acude a Urgencias hasta en 3 ocasiones por persistencia del dolor presentando "alteraciones inespecíficas en PPCC", diagnosticada de dolor dorso-lumbar de origen mecánico. Posteriormente, valorada en consultas externas de traumatología, donde realizan pruebas complementarias con un resultado inesperado.

Exploración y pruebas complementarias: RHA+, leve distensión abdominal con dolor a la palpación profunda en ambos flancos e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. PPRB negativa. Apofisalgias lumbares y dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar bilateral. Resto normal. CS (marzo): Bioquímica PCR 12,2 resto normal. Hemograma y sistemático de orina sin alteraciones. Rx. cadera: mínima protrusión acetabular bilateral con pinzamiento de los espacios articulares coxofemorales. Urgencias (abril-mayo) Bioquímica: GOT 41, 36, 57. LDH 372, 426, 496. PCR 29,4, 25,9, 53,5. Hemograma, bioquímica en orina y Rx. abdomen sin alteraciones. Gammagrafía ósea: captación en parénquima, cálices y pelvis de riñón izquierdo. Ecografía abdomen completo: ureterohidronefrosis izquierda. Imagen sugestiva de perforación de colon sigmoide con absceso de 8 cm en hipogastrio. TC urgente: neoplasia exofítica dependiente de sigma, con múltiples adenopatías locorregionales y retroperitoneales. LOEs hepáticas (origen metastásico confirmado en RM hepática posterior).

Juicio clínico: Neoplasia de sigma con metástasis hepáticas y compresión vía urinaria.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia, litiasis reno-ureteral, colelitiasis, obstrucción intestinal, tumoración aparato digestivo, tumoración ginecológica.

Comentario final: Ante un paciente con clínica de meses de evolución que comienza a elevar marcadores de daño tisular y reactantes de fase aguda, la visión global del médico de familia es fundamental a la hora de revisar toda la sintomatología y valoraciones de especialistas, realizando un

abordaje integral apoyado en las pruebas complementarias necesarias.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: 2012.
2. Krier M, Ahmed A. The Asymptomatic Outpatient with Abnormal Liver Function Tests. Clin Liver Dis. 2009;13:167-77.
3. Rodríguez JL. Green Book DTM. Madrid: 2015.

Palabras clave: Neoplasia. Sigma. LDH.