



242/4570 - A PROPÓSITO DE UNA LUMBALGIA

B. Torrecilla Ramírez^a, M. Martí Montoya^b y J. Martínez García^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con lumbalgia de 3 días de evolución sin otra sintomatología acompañante que no mejora con paracetamol, se añade tramadol + dexketoprofeno oral. AP: no AMC, HTA. AQxs: tiroidectomía (bocio multinodular). Histerectomía total (útero miomatoso). Una semana después el dolor irradia a MID con dificultad para deambular junto con pérdida de fuerza y REG. A la exploración PP lumbar positiva. Solicitamos analítica y radiografía lumbar. Ante los hallazgos se solicita ecografía abdominal, citología de orina y RMN lumbar. Pautamos diclofenaco + fortectortin + diazepam im y tapentadol 25 mg oral.

Exploración y pruebas complementarias: PAS: 120. PAD: 70. FC: 83. Conglomerado adenopático axilar izquierdo. Adenopatía SC izquierda y SCV derecha. ACP normal. Rx columna lumbar: aplastamiento L2. Hemograma: Hb 12,7 g/dL, Hto 38,4%, Leuc $11,30 \times 10^3$, N 68,60%, plaquetas $311,0 \times 10^3$ /uL. Bioquímica: glucosa: 94 mg/dL, urea: 38 mg/dL, creatinina: 0,56 mg/dL, ácido úrico: 4,5 mg/dL, calc: 9,2 mg/dL, fosf: 3,0 mg/dL, sodio: 139 mEq/L, potasio 4,2 mEq/L. Enzimas: LDH: 574 U/L (27 marzo), LDH: 735 U/L (25 abril). Pruebas reumáticas: PCR: 6,07 mg/dL (25 abril). Sistemático de orina: sangre 20 eri/uL. Ecografía: masa heterogénea renal derecha de unos 6 × 8 cm. RMN lumbar: fractura-hundimiento del cuerpo vertebral L2. Infiltración de MO en L2, sacro y ambas palas iliacas compatibles con metástasis óseas. Tumoración renal derecha. UroTC: tumoración renal derecha con realce heterogéneo, adenopatías retroperitoneales y probable afectación metastásica ósea. TC torácico simple: bloques adenopáticos en varias localizaciones, mediastínicas paratraqueal y en ventana aorto pulmonar, paraespinales bilaterales y axilares derechas y axilares y supraclaviculares izquierdas.

Juicio clínico: Neoplasia renal derecha con metástasis óseas.

Diagnóstico diferencial: Hernia discal. Artropatías inflamatorias. Síndrome de cola de caballo. Mieloma múltiple. Fractura osteoporótica. Metástasis óseas.

Comentario final: El dolor lumbar es un síntoma que se presenta con frecuencia en atención primaria, que se puede convertir en crónico y, a veces, es desencadenado por un proceso grave. Todo ello exige una rigurosa actuación de los profesionales de atención primaria y una correcta coordinación con el nivel especializado.

Bibliografía

1. Evaluación de lesiones de raíz nerviosa que afectan al tronco y la extremidad inferior. En: Hoppelfeld E. Neurología ortopédica. Manual moderno. México DF. 1981.
2. Mens JMA. The use of medication in low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005;19(4):609-21.
3. Waddell G. Diagnostic triage. In: The back pain revolution. London: Elsevier, 2006: 9-26.
4. Muntion-Alfaro M, Benítez-Camps M, Bordas-Julve J, Gispert-Uriach B, Zamora Sánchez V, Galindo-Parres C. Back pain: do we follow the recommendations in the guidelines?. Aten Primaria. 2006;37(4):215-20.

Palabras clave: Aplastamiento vertebral.