Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2489

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/726 - NO TODO DOLOR LUMBAR ES UNA LUMBALGIA MECÁNICA O UN CÓLICO NEFRÍTICO

M. Silicio Martín[1], A. Alija Martínez[1], S. Judas Abellán[1] y M. Faro Colomés[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Nord. Barcelona. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Terrassa Nord. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus en tratamiento farmacológico oral, e insuficiencia renal crónica. Acude a urgencias por dolor perineal y sacro continuo, de 3 días de evolución. Se realizó tacto rectal y radiografía de pelvis sin hallazgos patológicos recomendando estudio por fibrogastroscopia. En los 12 días posteriores reconsulta por inicio de dolor en zona lumbar derecha, orientándose como cólico nefrítico. Unos 8 días después acudieron por persistencia del dolor, con aparición de edemas en extremidades inferiores, deposiciones líquidas, náuseas, vómitos y oligoanuria, sin síndrome tóxico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: regular estado general, palidez cutánea, con tendencia a la hipertensión. No adenopatías palpables, leve distensión abdominal, no masas palpables y edemas con fóvea en extremidades inferiores hasta rodilla. Electrocardiograma sin alteraciones. Analítica: anemia normocítica normocrómica con insuficiencia renal aguda, hiponatremia, hipocloremia, hiperpotasemia e hiperglucemia. Sedimento orina normal. Radiografía de tórax sin alteraciones. Radiografía de abdomen: visualización de asas de intestino delgado. Ecografía abdominal: mínima ectasia pielocalicial izquierda y colelitiasis. Tomografía computarizada (TC): hallazgos sugestivos de lesión infiltrativa retroperitoneal con posible estenosis ureteral bilateral y adenopatías entre 11 y 14 mm en sigma e inguinales, y trabeculación en la grasa mesentérico-omental. Resonancia magnética nuclear pélvica: infiltración músculo ilíaco y glúteo menor izquierdo. Biopsia glútea: linfoma B alto grado infiltrante.

Orientación diagnóstica: Ante la evolución del dolor, con sospecha de patología compresiva a nivel pélvico/urológico por la clínica asociada, se deriva a urgencias. Confirmándose lesión infiltrativa por TC, y diagnóstico de certeza por biopsia glútea de linfoma de células B infiltrante de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis retroperitoneal. Sarcoma retroperitoneal, neoplasia rectal.

Comentario final: Ante un paciente que consulta reiteradamente debemos replantear el diagnóstico y valorar la necesidad de otras pruebas complementarias. La forma más típica de presentación de la fibrosis retroperitoneal es dolor lumbar con fallo renal y sedimento patológico.

Bibliografía

1. Vagilio A, Palmisano A, Clinical manifestations and diagnosis of retroperitoneal fibrosis. UpToDate, 2011.
2. Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and diagnosis of non-Hodgkin Lymphoma. UpToDate, 2013.

Palabras clave: Fibrosis retroperitoneal. Linfoma.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.