



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

## 423/7 - LUMBALGIA COMPLICADA

M. Real Campaña<sup>1</sup>, S. Gómez Rodríguez<sup>2</sup>, C. Ruiz-Mateos Ruiz de Lacana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. Andalucía, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle Puerto Real. Cádiz. Andalucía, <sup>3</sup>Residente Familiar de 4º año. Centro de Salud Pinillo Chico. Puerto Santa María. Cádiz. Andalucía.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años sin AP de interés que acude a Urgencias en varias ocasiones por dolor en región lumbar izquierdo que inicialmente se irradia a pie. Posteriormente comienza con frío y tiritonas el familiar refiere episodios de orina "blanca" alternado con hematuria (tras tratamiento IM con dexketoprofeno). Hoy acude nuevamente a Urgencias por decaimiento y afectación del estado general, acompañado de dolor intenso a nivel lumbar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con mal estado general, consciente, orientada y colaboradora. eupneica en reposo con saturación basal 100%. AFFibril (36,6 °C). TA 104/73 mmHg. AC: ruidos cardiacos taquicárdicos a 98 lpm. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: abdomen globuloso, no doloroso a la palpación, PPRI +++. MMII sin edemas ni signos de TVP. Hemograma: hemoglobina 10,5 g/dL, VCM 87,9 fL, 60.540 leucocitos con desviación izquierda, plaquetas 71.100/uL, AP 51%, TP 18,1 seg, fibrinógeno 1.283 mg%, INR 1,64. Bioquímica: Glu 182 mg/dL, urea 121 mg/dL, Cr 2,2 mg/dL, sodio 130 mmol/L, GOT 30 U/L, GPT 21 U/L, GGT 265 U/L, bilirrubina total 1,20 mg/dL, proteína C reactiva 28,58 mg/dL. Gasometría: pH 7,37, pCO2 47 mmHg, HCO3: 27 mmol/L, lactato 1,2 mmol/L. Sistemático de orina: glucosa 50 mg/dL, proteínas 100 mg/dL, bilirrubina negativo, pH 6, nitritos negativo, leucocitos 500 cel/uI, eritrocitos 300 cel/uL. TC: Lesión pélvica de 20 × 17 × 15 cm. Es una lesión quística polilobulada, cuyo contenido presenta ecos de bajo nivel en la ecografía, con septos abigarrados que realzan con el contraste en TC. Se encuentra a ambos lados de la hemipelvis óseas izquierda, desplaza anteromedialmente el psoas y los vasos iliacos izquierdos. Desplaza hacia la derecha el recto-sigma, el útero y la vejiga. Se extiende hacia la región presacra, espacio isquiorectal y la región glútea izquierda (se encuentra bajo el glúteo mayor, a unos 3 cm de la superficie cutánea). Contacta con el margen superior de la cadera izquierda. El uréter izquierdo en su tercio distal también se encuentra desplazado por la lesión descrita, no identificándose plano de separación grasa entre ambas estructuras. Se observa realce de la pared del uréter a este nivel. La vejiga se encuentra moderadamente replecionada, lo que dificulta su valoración, no obstante, muestra aparente engrosamiento difuso de la pared con realce de la mucosa que podrían ser cambios inflamatorios.

**Juicio clínico:** Sarcoma sinovial.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso. Lumbalgia. Pielonefritis.

**Comentario final:** El sarcoma sinovial es uno de los tumores de tejido blando más comunes en las primeras dos décadas de vida. Incidencia 2,75/100.000. La mayoría de los casos tiene lugar en las extremidades

inferiores. Suele aparecer como un pequeño nódulo indoloro que aumenta rápidamente de tamaño.

## Bibliografía

Synovial Sarcoma: Background, Pathophysiology, Etiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2019 [acceso 16 January 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1257131-overview?src=medscapeapp-android&ref=email>