



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

387/103 - DORSALGIA CON SIGNOS DE ALARMA

C. García Rivero¹, G. Rijo Nadal², D. Simarro Díaz³, M. Giménez Gil⁴, V. Pérez Villacorta⁵, E. Abascal Oyarzábal⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapató. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA de larga evolución y DM2 de reciente diagnóstico. Algias musculoesqueléticas crónicas por artrosis. EA: Refiere dorsalgia irradiada en cinturón hacia epigastrio de 4 meses de evolución de características diferentes a su dorsalgia habitual y mal control del dolor. Durante los últimos meses dolor epigástrico postprandial sin presentar náuseas ni emesis. Alternancia de periodos de estreñimiento y diarrea. Pérdida ponderal de unos 7 kg en el último año atribuida a la restricción de ingesta. Astenia en las últimas semanas que le dificulta su vida normal.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. BEG. NC, NH, NP. CYC: Pares craneales normales. No adenopatías ni bocio. CsRsSs. PVY normal. Prótesis dental total. Mucosa oral sin hallazgos, bien hidratada. Tórax: cifosis dorsal. No adenopatías. Mamas simétricas sin tumoraciones, pezón invertido bilateralmente (crónico). La AC: Rítmica sin. AP: Crepitantes bibasales. Abdomen: ruidos presentes. Abdomen blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalías. EE: No déficit motor ni sensitivo. Bioquímica, hemograma, pruebas de función hepática y Amilasa normales. Rx tórax: sin alteraciones. Rx abdomen: heces y gases en marco cólico. TAC abdominal: masa en cuerpo pancreático localmente avanzada con signos de infiltración vascular.

Juicio clínico: Neoplasia pancreática.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia/dorsalgia mecánica sin irradiación: Apoyada por las múltiples visitas que realiza la paciente por algias dorsales y lumbares, además de la artrosis severa que presenta y la biomecánica de su columna dorsal (cifosis dorsal). En cambio, en este caso existen signos de alarma que nos obligan a realizar un estudio más intensivo. Pancreatitis: el largo proceso del cuadro y la normalidad de la amilasa descartarían la existencia de pancreatitis aguda. Podría considerarse la posibilidad de pancreatitis crónica que cuadraría con la anamnesis del dolor. Casi el 80% de los casos de Pancreatitis crónica son producidas por alcohol (siendo inexistente el hábito OH en esta paciente) el 20% restante corresponde con enfermedades autoinmunes o genéticas (la paciente niega AF de interés). Presenta un diagnóstico reciente de DM2, hecho que sugiere una posible patología pancreática por disfunción de su función endocrina. Neoplasia pancreática: Teniendo en cuenta los signos de alarma y las características del dolor habría que descartar sin ninguna duda un proceso neoplásico como origen del cuadro clínico. En este caso este diagnóstico también es sugerido por la imagen hallada en el TAC abdominal.

Comentario final: La dificultad de este caso se centra en diferenciar el proceso actual de la paciente con su dorsalgia mecánica. Para ello es primordial la identificación de los signos de alarma; El dolor que refiere es distinto al habitual, presenta pérdida de peso, alteración del ritmo intestinal, dolor mal controlado con analgesia habitual, aparición de DM2. Gracias a un correcto seguimiento de la paciente y no minimizar su sintomatología se logró su diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

Pancreatitis crónica. Rev Esp Enferm Dig. 2006;98:390.

Seguí Díaz M, Gérvias J. Dolor lumbar. 2002;28(1).