



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

160/2713 - Chico joven con lumbalgia

C. Ajhuacho Flores^a, A.M. Bozzone^a, B. de Gispert Uriach^b y Ó. Manzano Fernández^a

^aMédico Residente de 4º año. CAP Trinitat Vella. ^bMédico de Familia. CAP Trinitat Vella.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 19 años, con antecedente de quiste sacro intervenido, fumador de 3 paquetes/año, con consumo de alcohol ocasional sin otros antecedentes patológicos de interés. Antecedentes familiares: padre fallecido por cáncer de pulmón a temprana edad y madre fallecida por cáncer de mama a los 53 años. Consulta en varias ocasiones en atención primaria por lumbalgia mecánica de 2 meses de evolución sin signos de alarma, que apareció posterior a la intervención de quiste sacro con escasa respuesta a tratamiento analgésicos de primer y segundo escalón. Se realiza radiografía de columna lumbar y se deriva a rehabilitación. Al mes siguiente consulta en urgencias del hospital por persistencia de lumbalgia intensa que durante este tiempo ha adquirido características inflamatorias asociándose a astenia, hiporexia y pérdida de 12 kg. Se solicita TAC lumbar urgente que motiva ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física en la primera consulta: normocoloreado, afebril, estable hemodinámicamente con dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares, y paravertebral bilateral, sin irradiación y sin signos de afectación neurológica. La Rx lumbar no muestra alteraciones. El TC lumbar muestra imagen de masa retroperitoneal paravertebral anterior que se extiende de la región torácica al área lumbopélvica (adenopatías probablemente en relación a proceso linfoproliferativo como primera posibilidad diagnóstica). Ingresa para estudio en oncología médica. La exploración física al ingreso, presenta palidez cutáneo-mucosa, sin adenopatías, con auscultación cardiopulmonar normal. A nivel neurológico destaca déficit sensitivo de extremidades superiores e inferiores izquierda, abdomen doloroso con sensación de ocupación en hipocondrio izquierdo. La palpación de testículo izquierdo es pétreo con aumento del tamaño del mismo. Analíticamente: aumento de LDH y B-HCG superior a 200.000. Rx de tórax: imagen en suelta de globos. RM cráneo-medular sin lesión metastásicas intracraneales ni afectación leptomeníngea cráneo-medular, alteración focal de la señal en cuerpo vertebral de L1; se completa el estudio con gammagrafía ósea que muestra dos lesiones osteogénicas en L1 y L3, sugestivas de metástasis óseas. El TC toracoabdominal con contraste para estadioje muestra tumor germinal testicular con extensa afectación adenopática retroperitoneal y mesentérica y signos de diseminación metastásica hepática y pulmonar.

Juicio clínico: Coriocarcinoma testicular diseminado. Se realiza orquiectomía izquierda con criopreservación, iniciando tratamiento quimioterápico.

Diagnóstico diferencial: Ante una lumbalgia con ritmo inflamatorio y cuadro constitucional hay que plantearse diagnóstico diferencial con: espondilitis anquilopoyética, neoplasia y infección.

Comentario final: A pesar de que la lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en atención primaria que no suele revestir gravedad, es importante su seguimiento y una adecuada anamnesis en la que se descarten

señales de alarma (edad > 50 años, dolor de tipo inflamatorio, fiebre, síndrome tóxico, antecedentes de neoplasia u osteoporosis y anestesia en silla de montar).

BIBLIOGRAFÍA

1. Valle M, Olivé A. Signos de alarma de la lumbalgia. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010;11(1):24-7.
2. Moreno F, Forcada J, Madueño C. Lumbalgia. *AMF*. 2014;10(1):4-11.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistic, 2015. *CA cáncer J Clin*. 2015;65: 5.
4. Einhorn LH. Treatment of testicular cancer: a new improved model. *J Clin Oncol*. 1990;8:1777.