



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/944 - Doctor, de nuevo me duele la espalda

J.A. Marín Relaño^a, M. Sánchez Martínez^b, A. Carmona García^b y M.D. Alcalde Molina^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 47 años con los siguientes antecedentes personales: hemorroidectomía hace unos años, intervención hombro derecho por luxación recidivante, colon irritable e historia de lumbalgias de repetición desde 2004 que mejoran con analgésicos habituales respetando el descanso nocturno. Acude de nuevo a consulta de AP (Atención Primaria) en octubre de 2014 con cuadro de lumbalgia de semanas de evolución irradiada a cara anterior de ambos muslos y con posición antiálgica con flexión del tronco. Este cuadro, que se acompaña de dolor abdominal difuso y diarrea, no mejora con analgesia habitual pero obtiene leve mejoría con corticoides. Por lo que se inicia estudio de lumbalgia en AP y derivamos para valoración por servicio de RHB (Servicio de Rehabilitación).

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: dolor a la flexión y extensión lumbares. Actitud antiálgica en flexión de tronco. Dolor y contractura bilateral L5-S1, más en el lado derecho. No dolor en maniobras sacroilíacas. Dolor en musculatura glútea yuxtaparavertebral (bilateral) a la presión. ROT vivos, simétricos. Cutaneoplastares flexores. No Lassègue, aunque sí acortamiento bilateral de isquiotibiales. Analítica: hemograma normal; bioquímica normal; orina normal; PCR 1,0 mg/L (0,0-5,0); factor reumatoide 1,9 UI/mL (0,0-15,0); fosfatasa alcalina 48 U/L (34-104) VSG 13 mm (0-10); HLA B27 negativo. Rx raquis lumbar y tórax sin hallazgos específicos. Ecografía abdominal para descartar patología visceral: normal. Evolución: ya que las pruebas realizadas en AP son normales, en el servicio de RHB solicitan RMN de pelvis y raquis lumbar que informan como: imágenes sugestivas de discopatía degenerativa en L4-L5 y L5-S1 y leve protrusión discal en L4-L5). Descartan inestabilidad articular. El dolor mejoró con amitriptilina 25 mg y ciclobenzaprina 10 mg. En la actualidad se encuentra controlado con este tratamiento.

Juicio clínico: Lumbalgia Inespecífica.

Diagnóstico diferencial: Dolor metastásico, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lumbalgia mecánica.

Comentario final: Lumbalgia crónica inespecífica (LCI) es el dolor o malestar, de más de 3 meses de duración, localizado entre el pliegue inferior de la zona glútea y el borde inferior de las últimas costillas, una vez descartadas las causas específicas. Es un trastorno bastante frecuente. Se considera que es la causa del 80% de todas las lumbalgias y que puede ser persistente durante un año o más después del primer episodio en un 25-60% de los pacientes y la primera causa de incapacidad laboral en nuestro medio, por lo que su tratamiento y prevención deberían formar parte de las prioridades en la sanidad actual. El tratamiento debe combinar medidas farmacológicas y no farmacológicas que permita el control del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zamora MV, Bordas JM. Lo esencial en Lumbalgia crónica inespecífica. FMC. 2009;16(10):636-9.
2. Insausti Valdivia J. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. Reumatol Clin. 2009;5(S2):19-26.
3. Ubeira-Bao B, et al. Osteítis condensante ilíaca como causa de lumbalgia crónica. Semergen. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.04.010>