



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/644 - Doctora, me duele la espalda. a propósito de un caso

L. Martín Fuertes^a, M.C. Campos López-Carrión^b, M. Villarejo Botija^a, M. Ricote Belinchón^c, R. Rodríguez Rodríguez^d, C. Novella Rubio^e, G. Silvestre Egea^e, G. Spasova Georgieva^f, R. Iniesta García^d y M. Heras Rincón^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Zona Este. Madrid. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 49 años, acude a consulta por lumbalgia. Sin antecedentes de interés. Secretaria. Refiere dolor lumbar de unos 5 días de evolución de características mecánicas, no irradiado, sin traumatismo ni esfuerzo previo. Dos años antes había presentado también un episodio de lumbalgia.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/65, peso 80 kg, IMC 25,6. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Exploración de columna lumbar: Sin eritema, hematomas, ni signos externos. Escoliosis de convexidad izquierda. No apofisalgia ni dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Flexo-extensión conservada pero dolorosa en los últimos grados, lateralización izquierda dolorosa, Bragard y Lassague negativos. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. Reflejos osteo-tendinosos conservados. Al tratarse de un segundo episodio de lumbalgia, solicitamos radiografía lumbosacra que fue normal (salvo la escoliosis mencionada), igual que su analítica de sangre, incluyendo proteinograma. Pautamos paracetamol e ibuprofeno. Acude un mes después, refiere mejoría parcial del dolor, y describe el dolor actual como neuropático (quemazón, prurito). En la exploración física destacan lesiones cutáneas de tipo vesicular a nivel lumbar sugestivas de herpes zóster. Se añade metamizol y pregabalina. Un mes después, acude por presentar un bullo. En la exploración destaca una tumoración dura de unos 3 cm de diámetro a nivel de L2-L3, profunda, fija, muy dura, no objetivada previamente. Ante estos hallazgos, se deriva a Traumatología. En la resonancia magnética se objetiva masa infiltrante paravertebral izquierda de unos 4 × 2 × 1,5 cm. Se realiza biopsia y estudio de extensión, confirmándose anatomiopatológicamente la presencia de sarcoma de partes blandas sinovial paravertebral T1N2M0. La cirugía y quimioterapia no impiden el desarrollo de metástasis pulmonares unos meses después, falleciendo en menos de un año desde el diagnóstico.

Juicio clínico: Sarcoma sinovial paravertebral T1N2M0.

Diagnóstico diferencial: El hecho de que la gran mayoría de las tumoraciones de partes blandas sean benignas, obliga a plantear el diagnóstico diferencial con todas aquellas que pueden producir dolor lumbar, como lipomas, fibromas, abscesos paraespinales, tumores óseos benignos (osteoma osteoide, osteoblastoma), o tumores neurogénicos (neurinoma, meningioma). Por otro lado, los sarcomas de partes blandas constituyen menos del 1% del total de los tumores malignos y un 5-10% de los sarcomas de partes blandas, lo que obliga a hacer el diagnóstico diferencial con tumores malignos más frecuentes (plasmocitoma, cordoma,

osteosarcoma, linfoma no-Hodgkin).

Comentario final: El sarcoma sinovial es muy raro (incidencia en nuestro país de 2 casos nuevos/año/100.000 habitantes), por lo que no solemos pensar en él (particularmente en mujeres, en las que es más infrecuente), con el consiguiente retraso diagnóstico y empeoramiento del pronóstico. Recordar los signos de alerta de las tumoraciones de partes blandas (tamaño superior a 5 cm, rápido crecimiento y localización profunda) que facilitan la derivación más rápida y la mejoría pronóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kulkarni AGR, Pynsent P. When is a lump a sarcoma? An analysis of 1100 lumps. Connective Tissue Oncology Society (CTOS). 9th Annual Meeting. Barcelona: 2003. [Abstract #177].
2. García X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bague S, et al. Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas Med Clin (Barc.) 2011;136(9):408.e1–408.e18.