



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1974 - Lumbalgia aguda sin signos de alarma

J. Villar Ramos^a, M. Montes Pérez^b, A.J. Valcarce Leonisio^c, M. González Piñuela^c, B. Saíñz Santos^c y J. Romero Bonilla^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Barros. Zona 1. Santander. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 59 años, fumador y bebedor ocasional, antecedente de diabetes mellitus II y lumbociáticas repetidas en los últimos dos años. Acudió a consulta por lumbociática izquierda mecánica, no incapacitante, de dos días de evolución. Tras un mes de tratamiento con AINES, analgésicos y corticoides intramusculares, el dolor continuo progresando hasta incapacitarlo para su trabajo por lo que su Médico de Atención Primaria y posteriormente el de su Mutua de Empresa, solicitaron TAC lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor lumbar izquierdo a la movilización de la columna con Lassegue y Bragard negativos, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza y sensibilidad normales, sin atrofia muscular, deformidades o lesiones cutáneas. TAC lumbar, solicitado por Mutua (7 semanas tras el inicio): cambios degenerativos en articulaciones interapofisiarias y sacroilíacas, sin evidencia de herniación ni protrusiones discales. TAC lumbosacro y pelvis, solicitado por su Médico de AP (15 semanas tras el inicio): osteoporosis difusa, múltiples lesiones osteolíticas en todas las vertebrae lumbares, sacro y palas ilíacas, de contorno bien definido, pérdida de altura vertebral más significativa en L1. Imágenes compatibles con mieloma múltiple, menos probable metástasis. Analítica: banda monoclonal IgG kappa en sangre, sin anemia ni hipercalcemia, proteinuria de Bence Jones negativo, función renal normal. Serie ósea radiológica: pequeñas lesiones líticas en calota, vertebrae, clavícula, escapulas, humeros, fémures, palas ilíacas y ramas pubianas, aplastamiento vertebral de L1 y L2 y disminución generalizada de la densidad ósea.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Dolor lumbar inespecífico. Patología vertebral grave o específica sospechada o confirmada mediante signos de alarma o “red-flags”: edad, fiebre, déficit neurológico, síndrome constitucional, antecedentes de cáncer u osteoporosis, tratamiento con corticoides sistémicos, traumatismo previo, anestesia en silla de montar, etc. Otros problemas que implican afectación neurológica: hernia discal, estenosis de canal etc.

Comentario final: La lumbalgia es el segundo motivo de consulta en Atención Primaria y causa importante de incapacidad laboral. Solo el 20% tiene una causa específica y el 5% una causa grave. El dolor óseo persistente es el síntoma más frecuente de mieloma múltiple afectando fundamentalmente a columna vertebral y huesos largos. A un paciente con lumbalgia aguda se le debe realizar una correcta anamnesis y exploración física, prestando especial atención a los “red-flags”. Una vez descartados estos, se instaurara tratamiento médico entre 4-8 semanas y en caso de no obtener mejoría, solicitaremos estudios complementarios (analítica y radiología). La ausencia de respuesta al tratamiento médico, también debe

considerarse un signo de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera. Guías clínicas. Lumbago, 2013.
2. Sánchez Martín J. Lumbalgia. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 2012, p. 117-20.
3. Fistera. Guías clínicas. Mieloma Múltiple, 2011.
4. Varios autores. Dolor lumbar. Lumbalgia aguda. Aproximación a la medicina de Urgencias. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. 2014; 359-364.
5. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia aguda. Medicine. 2009;10(30):2031-4.
6. Valle Calvet M, Olivé Marqués A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(1):24-7.
7. Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. Semergen. 2002;28(1):1-3.