



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2582 - ¡Ojo! Lo que esconde una coxalgia

B. Blanco Sánchez^a, M. Rodríguez Márquez^b, I. Asunción Sola^a, C. Pérez Llanes^c, J. Sánchez Sánchez^d, A. Sánchez de Toro Gironés^c, M. Moreno Alfaro^e, J. Jiménez Martínez^f, F. Rosique Gómez^f y M. Ruíz Sánchez^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de origen marroquí de 40 años y trabajador del campo, que acude a consulta por dolor lumbar derecho irradiado a cadera e ingle de características mecánicas. La exploración física es normal, por lo que se le pauta analgesia. Acude de nuevo a Atención Primaria por persistencia clínica, se le solicita Rx lumbar sin hallazgos. Meses después vuelve a consultar por dolor acompañado de cojera, se le pide radiografía de pelvis y cadera, donde se aprecian lesiones osteolíticas. Se remite a servicio de Urgencias para valoración por Traumatología, donde tras realización de RMN, evidencian lesión quística.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica llevada a cabo en Atención Primaria y Urgencias totalmente anodina deambulación de MMII derecho difícil, pulsos en MMII presentes. Se realiza analítica (bioquímica, hemograma, hormonas) que resulta completamente normal. Radiografías de miembros inferiores normal (salvo pinzamiento en L5-S1). Rx cadera imagen lítica en región supracetabular. En la subsiguiente RM, se diagnostica finalmente de quiste hidatídico que desplaza vasos ilíacos, comprime y adelgaza el músculo íleo-psas y protruye por el canal inguinal, junto con esclerosis de hueso ilíaco derecho.

Juicio clínico: Tras RM y escáner se diagnostica de quiste hidatídico gigante retroperitoneal. Se le practica exéresis radical de masa hidatídica, con incisión abdomino-inguino-femoral (Karakousis) y sigue con un periodo de rehabilitación postoperatorio debido a la afectación neural. Meses después se detectan lesiones residuales, pero que tras observación no progresan, por lo que el paciente sigue sólo con tratamiento rehabilitador.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular, hernia discal, estenosis canal lumbar, crisis renoureteral, sarcoma retroperitoneal.

Comentario final: El diagnóstico de este paciente fue posible gracias a la historia clínica y la exploración física, que se llevaron a cabo en reiteradas ocasiones. Es importante además saber diferenciar en una exploración básica el origen del dolor (cadera vs columna). Este tipo de casos nos hacen reflexionar sobre varias cosas a tener en cuenta: que no siempre lo más frecuente es lo más frecuente; que en Atención Primaria uno de los recursos más importantes es ver el seguimiento/evolución del paciente; y que no debemos olvidar el origen y lugar de procedencia de los pacientes, por posibles enfermedades a las que no solemos estar habituados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ausina Ruiz V, y Moreno Guillén Sa. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana, 2005.
2. Pan American Health Organization Staff, Acha PN, Szyfres B. Zoonoses and communicable diseases common to man and animals: parasitoses. 3^a edición. Washington, OPS, 2003.
3. Marquina T, Fondevila JJ, Prieto M, Valdivieso A. Quiste hidatídico gigante. Signo del nenúfar. Cirugía española. 2013;91(9).