



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2514 - Dolor lumbar

R.M. Acosta Mercedes<sup>a</sup>, M. Prado Coste<sup>b</sup>, N.E. Terrero Ledesma<sup>a</sup>, G. Cueto González<sup>c</sup>, M. Azorín Ras<sup>d</sup> y C.M. Vega<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>c</sup>Médico residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albacete. Zona II. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. <sup>e</sup>Centro de Salud Zona IV Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** No reacciones alérgicas medicamentosa. No otros antecedentes conocidos. Fumador. T<sup>a</sup> habitual: omeprazol 20 mg cada 24h, ketorolaco, metamizol, paracetamol a demanda. Enfermedad actual: paciente masculino de 42 años derivado desde atención primaria por cuadro de dolor localizado en región lumbar con irradiación ocasional a región interescapular y MSI de unos 2-3 meses de evolución. Refiere que no ha mejorado con los diversos tratamientos analgésicos pautados, y que le obliga a permanecer encamado más de la mitad del tiempo. A dicho cuadro se ha asociado anorexia y pérdida de peso de unos 8 kg; y en el último mes refiere que ha presentado casi a diario fiebre vespertina de hasta 38 °C. Niega dolor torácico, tos, expectoración hemoptoica, alteración del ritmo intestinal ni miccional. No disminución de la fuerza, sensibilidad de MMII. No alteración de esfínteres o parestesias en MMII.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA: 120/76 mmHg, FC 61 lpm. Aceptable estado general. Bien hidratado, con coloración normal. No adenopatías periféricas en territorios accesibles. No IY. AC: Rítmica sin soplo ni extratonos. AP: MVC sin ruidos agregados. Abdomen difícilmente valorable por importante defensa de musculatura abdominal. Dolor a la palpación de FID-pala iliaca derecha sin palparse masas o megalias. MMII sin edemas ni datos inflamatorios. Pulsos presentes y simétricos. Neurológico con reflejos vivos y simétrico, Lassegue negativo, RCP flexor bilateral resto de exploración sin focalidad. Hemograma, coagulación y bioquímica normal salvo calcemia 11 y GOT 100. Rx lumbosacra: rectificación sin otro hallazgo patológico. Rx tórax: imagen nodular de unos 1,5 cm de diámetro y contorno espiculado, localizado en LSD sin otros hallazgos de interés. Evolución en urgencias: Dada la clínica refractaria a tratamiento analgésico, la hipercalcemia y el síndrome constitucional se decide valoración por Medicina interna que ingresa al paciente para estudio.

**Juicio clínico:** Lumbalgia e hipercalcemia a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Alteraciones degenerativas, malformaciones adquiridas, malformaciones congénitas, espina bífida, anomalías de transición, funcionales, alteraciones coxofemoral inflamatorias. Espondiloartropatía, artritis reumatoide, osteomielitis vertebral. Tumorales metástasicos o primarios como mieloma múltiple. Metabólicas: osteoporosis, neuropáticas.

**Comentario final:** La lumbalgia es sin dudas una de las patologías más frecuentes en atención primaria y urgencias hospitalarias, constituyendo un problema de salud importante con una prevalencia de alta (70%) y que conlleva un alto costo asistencial. Generalmente se trata de dolor musculoesquelético que se autolimitará

en un plazo de tiempo determinado. Sin embargo cerca de un 10% corresponde a una patología de carácter grave, por lo que debemos apoyarnos en una correcta anamnesis y exploración física para su identificación de forma rápida, además estar atentos a los llamados signos de alarma en las lumbalgias como son: fiebre, síndrome tóxico, antecedente neoplásicos, uso prolongado de corticoides o inmunosupresión, dolor de características inflamatorias, déficit neurológico progresivo, mayor de 55 años, drogas, antecedente traumáticos o retención aguda de orina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2006;20(2).
2. Pérez Guisado J. Lumbalgia y ejercicio físico. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 6(24):230-47.
3. Valle Calvet M, Olivé Marquès A. Signos de alarma de la lumbalgia. Revista Fundación Española de Reumatología. 2010;11(1).
4. Carbayo García JJ, Rodríguez Losáñez J, Félix Sastre J. Lumbalgia. Rev Clin Med Fam. 2012;5(2).
5. Palomo Pinto ML, Rodríguez Cardoso ML, Barquinero Canales C. Lumbalgia clasificación etiológica y clínica.
6. Seguí Díaz M, Gérvas J. Lumbalgia. Revista Semergen Medicina Familia. 2002;28(1).