Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1351

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1335 - LUMBALGIA MÁS ALLÁ DE LAS URGENCIAS

N. Ramos Rodríguez[a], F. Leiva Cepas[b], E.M. Romero Rodríguez[c], V. Cañuelo García[d], I. Moreno Velasco[e] e I. Blancas Sánchez[f]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Palma del Río. Córdoba. [b]Médico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Trujillo del Río. Palma del Río. UGC Córdoba. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur. UGC Córdoba. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Montoro. UGC Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años, sin AMC. Sin AP. Fumador de 2-3 paq/día desde la juventud. Bebedor de hasta 6 UBE/día (cerveza). Sin intervenciones quirúrgicas. Platero de profesión. Consulta en varias ocasiones a urgencias y su CS por lumbalgia sin irradiación tras caída fortuita en enero 2015 con mala respuesta analgésica. En última consulta, refiere debilidad de ambos MMII con imposibilidad para bipedestación, retención urinaria, dificultad en el habla y síndrome constitucional asociado. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente y tendente al sueño, orientado, TA 161/105 mmHg, FC 124 lpm, Sat O2 94%. Taquipneico. Sequedad y palidez cutánea. ACR: tonos rítmicos taquicárdicos con soplo sistólico 2/6 en foco aórtico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, globuloso, depresible, sin masas ni organomegalias palpables, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Exploración neurológica: PINR, pares craneales conservados, habla disártrica, paraparesia en MMII 3/5, no Babinsky. No pérdida de sensibilidad grosera. Reflejos cutáneo-abdominales abolidos. EEII: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Rx AP y L tórax: atelectasia laminar en hemitórax derecho, aumento de densidad en zona pleural derecha y en hilio derecho. Hemograma: 11.600 leucocitos con neutrofilia de 9.140 absolutos, Hb 11, resto normal. Coagulación conservada. Bioquímica: glucosa 122, urea 152, Cr 3,3, iones normales, AST 29, ALT 68, CK 22, Calcio corregido 18 mg/dL. RMN columna lumbar y lumbosacra: hallazgos compatibles con metástasis líticas. Ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos. TAC T-A-P sin contraste I.V.: atelectasia de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho por oclusión completa del bronquio principal derecho probablemente por masa parahiliar. Afectación difusa metastásica en forma de lesiones líticas de todo el esqueleto incluido en el estudio. TAC sin contraste I.V. de cráneo: sin hallazgos patológicos. GSA (con O_2 al 50%): pH 7,44, pCO2 36, pO2 51, K 5,0. PAAF lesión lítica esternón: positiva para la malignidad por infiltración por tumor maligno indiferenciado altamente discohesivo, sugestivo de melanoma maligno.

Juicio clínico: Síndrome de compresión medular por metástasis líticas de células indiferenciadas

sugestivas de melanoma maligno. Hipercalcemia grave tumoral. Insuficiencia respiratoria parcial grave. Insuficiencia renal aguda multifactorial. Probable neoplasia broncogénica.

Diagnóstico diferencial: Espondilitis anquilosante, hiperostosis esquelética idiopática difusa, enfermedad de Paget, osteomielitis, síndromes de cauda equina, hernia discal, aneurisma aorta abdominal, mieloma múltiple, linfoma/leucemia, discitis bacteriana, mal de Pott.

Comentario final: Ante un dolor lumbar siempre es preciso establecer de forma adecuada en la exploración y en la anamnesis la existencia de signos de alarma; puesto que constituye un elemento de consulta muy frecuente (35-45%) y algunos síndromes paraneoplásicos pueden debutar de este modo. Actuar rápidamente es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ripamonti C. Fulfaro F. Malignant bone pain: pathophysiology and treatments. Curr Rev Pain. 2000;4:187-96.

2. Kovacs CS, MacDonald SM, Chik CL, et al. Hypercalcemia of malignancy in the palliative care patient: a treatment strategy. J Pain Sympton Manage. 1995;10:224-32.

3. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. J Bone Joint Surg Am. 1990;72.403-8.

5. Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, et al. Cost, controversy, crisis: low back pain and the health of the public. Annu Rev Public Health. 1992;12:141-55.

7. Salazar A. Muñoz J. Tratamiento de la lumbalgia en el primer y segundo nivel de atención. Revista Cochrane. 2005;1-7.

9. Nagore E, Oliver V, Botella-Estrada R, Moreno-Picot S, Guillén C, Fortea JM. Clinicopathological analysis of 1,571 cutaneous malignant melanomas in Valencia, Spain: factors related to tumour thickness. Acta Derm Venereol. 2006,86:50-6.

10. Calderone RR, Larsen JM. Overwiew and classification of spinal infections. Orthop Clin North Am. 1996;27:1-8.

13. Resnick D, Shaul SR, Robins JM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier’s disease with extraspinal manifestations. Radiology. 1975;115 513-24.

14. Lience E. Hiperostosis anquilosante vertebral. Enfermedades extraarticulares. Medicina Interna. Farreras-Rozman. 13ª ed, 1063.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.