



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/337 - Metástasis lumbar de carcinoma epidermoide de pulmón

M. Esquilabre^a, P.M. Rubio Puerta^b, M. Cruz Arnes^a, V. Tomé Reollo^c, M.C. Márquez González^d, B. Garcimartín Valle^e, M.L. Burgos Merchán^e y A. Lindo Martín^f

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monterrozas. Las Rozas. ^cMédico Especialista del Área de Urgencia; ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, fumador activo con antecedentes de HTA y esquizofrenia, consulta por lumbalgia no irradiada de 4 meses de evolución, sin antecedente traumático, asociando malestar general, síndrome consuntivo (pérdida de 10 kilos en los últimos dos meses), tos con expectoración blanquecina escasa similar a la habitual, disnea leve y edemas discretos en piernas.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación de oxígeno 93%, roncus aislados basales izquierdos, no apofisalgias ni dolor paravertebral, Lassegue y Bragard negativos. Radiografía de tórax: engrosamiento hilar bilateral con tumoración en lóbulo inferior izquierdo. Ingresado para estudio, se realiza TAC toracoabdominopélvico, informado como masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo de 6 cm con infiltración tumoral difusa del esqueleto axial (múltiples lesiones vertebrales metastásicas y fractura de D12 con compresión del cono medular). Biopsia transbronquial: carcinoma epidermoide.

Juicio clínico: Metástasis lumbar de carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Las guías de práctica clínica recomiendan clasificar las lumbalgias en tres grupos: inespecíficas (85% de los casos, lumbalgia en ausencia de etiología identificable); patología potencialmente grave o específica sospechada por la presencia de síntomas y signos de alarma (metástasis, síndrome de la cola de caballo, absceso epidural, osteomielitis, fracturas vertebrales, enfermedades inflamatorias, disección aórtica, pancreatitis, nefrolitiasis, pielonefritis, aneurisma aórtico, herpes zoster); y otros problemas que provocan afectación neurológica (hernia discal y estenosis de canal). Otras entidades asociadas a lumbalgia no incluidas en esta clasificación son: síndrome del músculo piriforme, síndrome de Bertolitti y disfunción de la articulación sacroiliaca.

Comentario final: La realización de una historia clínica orientada y una exploración física sistemática suelen ser suficientes para evaluar la mayoría de las lumbalgias de menos de cuatro semanas de evolución. Los pacientes con factores de riesgo de enfermedad sistémica subyacente (historia de cáncer, mayores de 50 años, pérdida de peso inexplicable, evolución mayor de cuatro semanas, dolor nocturno o respuesta incompleta a tratamiento) precisan de exploraciones complementarias para filiar el dolor lumbar.

Bibliografía

1. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J.* 2010;10:514-29.
2. Chou R. In the clinic. Low back pain. *Ann Intern Med.* 2014;160:ITC6.

Palabras clave: Lumbalgia. Metástasis. Cáncer de pulmón.