

347/4152 - ¡CÓMO ME DUELE LA ESPALDA!

L. Rodríguez Vélez^a, M. Alonso Santiago^b, D. San José de la Fuente^c y H. Ahmed de Prado^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años, con antecedente de oncocitoma parotídeo derecho intervenido sin recidivas posteriores. Consulta por dolor lumbar no irradiado de 3 meses de evolución que no responde con analgesia habitual. Realizada radiografía de columna dorso-lumbar muestra fractura de T10 por lo que se solicita RNM objetivándose múltiples lesiones vertebrales sugestivas de metástasis. Se completa estudio con biopsia de T10 con resultado de adenocarcinoma de pulmón. En TAC corporal se informa de masa en LSI y en LID, extensa afectación ósea vertebral, sacra e ilíaca. Inicia radio-quimioterapia pero presenta progresión de la enfermedad y finalmente exitus.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/80 mmHg. FC: 94 lpm. SATO2: 96%. Eupneica. No adenopatías palpables. No dolor con percusión de apófisis espinosas. ACP: rítmica, sin soplos, mvc. Abdomen anodino. No edemas ni signos de TVP. Bioquímica: creatinina 0,48 mg/dl, Gamma-GT 42 U/L. TP 94%. Hemograma: leucocitos 8.600, fórmula normal, hemoglobina 12,5 g/dL, plaquetas 341.000. CEA 6,5, Ca125 30,4, CA15.3 63,8, CA19.9, 7,7. Proteinograma: aumento de alfa globulinas. TC corporal: masa en LSI, sugestiva de neoformación primaria. Nódulo en LID de naturaleza metastásica. LOE hepática sospechosa de malignidad. Metástasis osteolíticas múltiples. RM columna lumbar: metástasis vertebrales múltiples, destacando T10, invasión de canal llegando a contactar con cordón medular. AP: metástasis por adenocarcinoma de origen pulmonar.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (hueso, contralateral, hepática).

Diagnóstico diferencial: Otras causas de lumbalgia.

Comentario final: La mayoría de pacientes con lumbalgia aguda mejoran en unas semanas con tratamiento conservador y tan sólo un pequeño porcentaje presenta una etiología subyacente grave como en el caso de nuestra paciente. Pero es precisamente este pequeño porcentaje el que no se nos puede escapar. Por eso es tan importante una buena anamnesis y exploración física que posteriormente guie las pruebas complementarias a pedir. Algunos de nuestros pacientes no requerirán pruebas de imagen pero la falta de mejoría, antecedentes de cáncer, factores de riesgo o datos de afectación neurológica son indicación para estos estudios.

Bibliografía

1. Chou R. In the clinic. Low back pain. Ann Intern Med. 2014;160:ITC6.

2. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med.* 1988;3:230.

Palabras clave: Lumbalgia. Dolor. Cáncer.