

## 424/345 - LUMBALGIA: HUYAMOS DEL DIAGNÓSTICO FÁCIL

B. Prieto Carrocera<sup>1</sup>, R. de Dios del Valle<sup>2</sup>, N. Izquierdo García<sup>1</sup> y N. Varela Aller<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Área IV. Oviedo. Asturias. <sup>2</sup>Médico de Familia. Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública. Área IV. Oviedo. Asturias. <sup>3</sup>Enfermera. Centro de Salud Mental. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** María, de 48 años, que acude desde 2014 ocasionalmente a nuestra consulta de atención primaria (AP) por agudizaciones de lumbalgia crónica cuando no la controla con antiinflamatorios no esteroideos AINES y fisioterapia. Diagnosticada de hernia lumbar L5-S1. El último año acude con más frecuencia a nuestra consulta porque el dolor, que afecta a metámera L5 y cadera derecha, no cede con analgésicos ni coadyuvantes. Empeora en bipedestación y decúbito supino. Comenta que duerme mal, está cansada, con peor humor. Descartados una vez más los signos de alarma, derivamos al rehabilitador y traumatólogo; desde donde se remite a neurocirugía. Todos los tratamientos fracasaron: corrientes, magnetoterapia, infiltración transforaminal. Ha probado incluso acupuntura. Continúa viniendo a consulta para informarnos de la evolución. Relata que el dolor lumbar empeora con la menstruación y con las relaciones coitales; tiene disquesia, disuria ocasional, sensación de pesadez genital, reglas regulares... ¿y si el origen fuera ginecológico?

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor paravertebral derecho, con limitación en flexión de tronco reflejos osteo-tendinosos normales, signo de Lasègue positivo a 30°, ligera hipoestesia, con fuerza conservada. Tacto vaginal: dolor movilización uterina, no ovárica y tacto rectal normal. Análisis de sangre y orina, estudio neurofisiológico, ecografía trocantérica: normales. RMN: retrolistesis L5 sobre S1; hernia discal L5-S1. Ecografía ginecológica: endometrio 13 mm, patrón miometrial dishomogéneo, focos difusos de adenosis. Ovario izquierdo: endometrioma 31 mm. Fibrosis espacio vesico-vaginal y tabique recto-vaginal.

**Orientación diagnóstica:** Endometrioma grado IV.

**Diagnóstico diferencial:** Descartamos origen raquídeo: patología mecánica (lumbociatalgia), inflamatoria, degenerativa y tumoral (benigna, mieloma, metastásica). Buscamos origen extrarraquídeo: osteoarticular (fascia lata, trocanteritis) y visceral (digestivo, urinario; enfoque ginecológico).

**Comentario final:** Pautamos desogestrel 75 mg con el que la paciente presenta mejoría progresiva hasta la desaparición completa del dolor. Al mes, ecográficamente, no se aprecian lesiones que sugieran endometriosis. Replantearse los diagnósticos cuando la evolución no es favorable es un ejercicio fundamental en AP. La anamnesis es un instrumento poderoso a nuestro alcance: nos permite valorar la posibilidad de un diagnóstico alternativo como origen de una patología conocida. En AP valoramos al paciente de forma integral con una visión holística. Algunas patologías pueden manifestarse con clínicas atípicas; una escucha activa y una buena entrevista pueden acercarnos al diagnóstico.

### Bibliografía

1. Rodríguez Alonso JJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia en atención primaria. FMC. 2001;8(3):152-63.

**Palabras clave:** Dolor región lumbar. Endometriosis. Atención Primaria de Salud.