

424/3782 - ¿TODO DOLOR LUMBAR ES LUMBALGIA?

B. Botana Fernández¹, C. Díaz Merayo¹, D. Álvarez Ménendez² y J. Alonso Argüelles³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrondio. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias. ³Médico de Familia. Centro de Salud de Sotrondio. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años con hipertensión, hiperuricemia, dislipemia, hiperparatiroidismo e hipergastrinemia, tratado con olmesartán, fenofibrato, allopurinol y omeprazol. Acude a consulta a finales de junio por dolor lumbar de 15 días de evolución, que tomando paracetamol, no mejora. Se pautan analgésicos y antiinflamatorios como metamizol, combinación de tramadol-dexketoprofeno o inyectables intramusculares de dexametasona, y se revisa posteriormente, refiriendo tan sólo mejoría parcial. A las 3 semanas es citado por reumatología por su patología habitual y al comentar este problema, piden resonancia lumbar y ecografía. En atención primaria se ajusta la analgesia hasta llegar al tercer escalón (fentanilo 100), a pesar de lo cual persiste empeoramiento del dolor, mayor deterioro del estado general y pérdida de peso, motivo por el que es derivado a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Dolor localizado a nivel lumbosacro bilateral sin irradiación a miembros inferiores, aunque le dificulta la deambulación. No dolor en la palpación de apófisis espinosas. Percusión renal bilateral negativa. Flexo-extensión del tronco limitada por dolor, pero conservada. Bragard y Lasègue bilateral negativos. Radiografía de columna lumbar: espondiloartrosis y disartrosis L5-S1, sin lesiones aparentemente agudas. Radiografía de columna lumbar durante ingreso posterior: lesión lítica en L1 con compromiso de canal medular. Radiografía de tórax: engrosamiento hiliar derecho y dudoso ensanchamiento mediastínico. TAC torácico-abdominal: se observa neoplasia pulmonar periférica sugestiva de adenocarcinoma, clasificado como T1b N2 M1. El paciente es seguido actualmente por el servicio de radioterapia para tratamiento sobre L1-L2.

Orientación diagnóstica: Compresión de canal medular por metástasis.

Diagnóstico diferencial: Fracturas vertebrales. Infección vertebral. Hernia discal. Estenosis de canal. Espondilitis anquilosante. Neoplasia.

Comentario final: La atención primaria es una pieza clave en la detección precoz de neoplasias, dado que tiene la ventaja de poder realizar un seguimiento estrecho de los pacientes con una serie de recursos básicos y, en ocasiones, limitados, para no alargar en el tiempo algunos diagnósticos.

Bibliografía

1. Moreno Ripoll F, Forcada Gisber J, Madueño Garro C. Lumbalgia. AMF. 2014;10(1):4-11.
2. Alonso Verdugo A, Antoian Silvero Y, Cabezas Cabezas MA, et al. Atención al Dolor (monografía en internet). Madrid: Semergen, 2016. p. 127-145 (citado 26 de agosto de 2019). Disponible en:

<http://dpcsemergen.com/docs/monografias/2030.pdf>.

Palabras clave: Lumbalgia. Opiáceos. Metástasis.