



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1127 - VARÓN CON LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO

M. Torres Ortega¹, A. Cereijo Pardiñas¹, N. García Espinosa¹ y E. Cabeza Rodríguez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ²Médico Adjunto. Centro de Salud Alcalá de los Gazules. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años sin alergias. Ex consumidor de heroína. Fumador de 20 cig/día. Acude cuatro veces a Atención Primaria por lumbalgia subaguda de dos meses de evolución, hasta hacerse invalidante, que se irradia a miembro inferior derecho, sin pérdida de control de esfínteres. Se comenzó tratamiento con ibuprofeno y diazepam sin mejoría por lo que se decide inicio con pregabalina y deflazacort. Además, el paciente refiere pérdida de 8 kg de peso y astenia. Por lo que se solicita radiografía y analítica.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca y pulmonar: normal. Neurológica: Pares craneales conservados. Balance motor: MMSS 5/5, MID 4/5, MII 5/5. Sensibilidad conservada. Marcha inexplorable. Analítica: destaca elevación leve de las enzimas hepáticas, ferritina 1191 ng/ml, LDH 257 U/L, leucocitos 20.357×10^3 (neutrófilos 15.254×10^3). Radiografía lumbosacra: se visualizan lesiones líticas en L1-L2 e imagen de aplastamiento en cuerpos vertebrales L3-L4. Ante la sospecha de etiología neoplásica se deriva a urgencias hospitalarias. Urgencias: Analíticas: destacando PCR 21,5 mg/L y leucocitos 22.570×10^3 (neutrófilos 19.880×10^3). Rx lumbosacra: lesión lítica en L2 y acúñamiento más evidente de L3. TAC columna: Se aprecian lesiones líticas en D11, L2, L3, L4, L5, sacro y pala iliaca derecha, sugestivas de metástasis. Fractura-aplastamiento de L3 con ocupación del canal vertebral. Se decide ingreso en medicina interna. Ingreso: marcadores tumorales: CA 15,3: 56,10 U/ml, CA 19,9: 1.246,3 U/ml. TAC: masa infracarinal de 42×30 cm, en relación con carina y borde inferior de ambos bronquios principales. Nódulos pulmonares bilaterales, de 7 mm. Infiltrado nodulillar en LID que sugiere inflamatorio/infeccioso. Lesiones líticas en 4º-7º arcos costales. Fractura/acúñamiento de D4, D8, D10, D12, L3 y L5 patológicas secundarias a afectación metastásica. Nódulos hepáticos y pancreáticos metastásicos.

Orientación diagnóstica: Se solicita fibrobroncoscopia por sospecha de neoplasia de pulmón, no pudiéndose biopsiar ninguna masa endobronquial, por lo que se solicita biopsia con aguja gruesa de pulmón.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia crónica mecánica. Hernia discal lumbar. Metástasis lumbares por neoplasia de pulmón.

Comentario final: El paciente presentó una evolución tórpida falleciendo por edema agudo de pulmón, sin poder llegar al diagnóstico del tumor primario. La lumbalgia es una patología frecuente, debemos prestar atención a síntomas de alarma como dolor nocturno, pérdida de peso e incontinencia de esfínteres, que pueden tener de base origen tumoral.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Lumbalgia. Neoplasia. Metástasis.