Semergen. 2018;44(Espec Congr 3):137

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

333/23 - LUMBALGIA AGUDA POCO FRECUENTE

M. García Amaro[1], R. García Hernández[2], M. Minguela Puras[3], G. Santos Rielo[4], I. Ochoa Chamorro[5], B. Callejo Cano[5].

[1]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.[2] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.[3]Tutora de Residentes. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.[4]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.[5]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: 78 años, varón 105 Kg. AP: HTA, CI triple bypass 2002, I. Renal 3a, dislipemia, hernias lumbares, hemastospermia, colelitiasis y FA. Toma Ramipril HCT 5/25, Eplerenona 25, Bisoprolol 2,5, AAS 100, Omeprazol 20, Atorvastatina 40, Ezetrol 10. Cinco días antes precisó ingreso por disnea grado II y palpitaciones; al alta indican Enoxaparina 100/12 y acenocumarol 1 mg; hace 2 días INR 1,6, cito en 3 días si INR en rango suspendo enoxaparina. Aviso domicilio por lumbalgia aguda desde hace 2 horas, astenia intensa y empeoramiento de disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, eupneico, afebril, bien perfundido y normocoloreado .TA 107/66 mmHg, FC 64 lpm, Saturación Oxigeno 95%, FR 16 rpm. ACR arrítmico sin soplos y con MVC. Abdomen RHA presentes, no doloroso, no soplos, no IP, no globo vesical. EEII pulsos +, no edemas ni signos TVP, no apofisalgias ni dolor movilizando tronco y extremidades, no alteraciones en sensibilidad, Lasegue y Bragard –. No lesiones dérmicas. Diuresis sin molestias.

Juicio clínico: Lumbalgia no mecánica. Afectación estado general.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia mecánica. Lumbalgia no mecánica (patología gastrointestinal, vascular, genitourinaria, retroperitoneal, infecciosa, tumoral, inflamatoria). Otras causas no mecánicas.

Comentario final: Derivo para pruebas complementarias en hospital sospechando enfermedad grave, pero lo rechazan alegando alta reciente; a los 45 minutos pérdida control de esfínteres y bajo nivel de conciencia, avisan 112 y trasladan al hospital. Analítica, RX Tórax, ECG, ecocardio, TAC craneal, TAC abdominal: hematoma en psoas iliaco izquierdo sangrando activamente y pared posterior hemiabdomen izquierdo. JC: Hematoma retroperitoneal Shock hipovolémico. Anemia microcitica moderada. I. Renal prerenal. Atención Primaria tiene la visión completa del paciente y es donde diagnosticaremos por anamnesis, antecedentes personales, características del dolor y exploración física si la lumbalgia es mecánica o no y sospecharemos enfermedad orgánica potencialmente grave.

Bibliografía

Sanz J, Otón MT, Esteban J, Andreu JL. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia aguda Medicine 2009;10: 2031-4.

Valle M, Olivé A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin Fund Esp Reumatol 2010;11:24-7.

Palabras clave: Lumbalgia aguda. Hematoma retroperitoneal. Anticoagulación.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.