

## 333/23 - LUMBALGIA AGUDA POCO FRECUENTE

M. García Amaro<sup>1</sup>, R. García Hernández<sup>2</sup>, M. Minguela Puras<sup>3</sup>, G. Santos Rielo<sup>4</sup>, I. Ochoa Chamorro<sup>5</sup>, B. Callejo Cano<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>2</sup> Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>3</sup>Tutora de Residentes. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. <sup>5</sup>Médico Residente de 1º 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, hematospermia, 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 Oxígeno 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, avisar 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.