

333/221. - NO SIEMPRE UNA LUMBALGIA VA A SER BENIGNA

J. Martínez Rico¹, J. Soto Olivera², M. Chacón González³, M. López Rico⁴, H. Hernández Vázquez⁵.

¹Médico Residente. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ⁴Médico Residente de 3º año. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ⁵Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 74 años, AP: HTA, ex-fumador, FA, hipotiroidismo subclínico, incidentalomas suprarrenales controlados. IQ: Hernia discal. Acude al CS por dolor agudo en región lumbar al levantarse, dolor no irradiado a EEII, control de esfínteres. Se pauta analgesia. El paciente acude reiteradamente a Urgencias, se le realiza Rx de columna (artrosis evolucionada), y analítica volviendo a ser diagnosticado de Lumbalgia. En la revisión de consulta, ante la lumbalgia de larga evolución y la presencia en analítica pedida previamente en CS con unos resultados de anemia y deterioro de la función renal derivamos al Nefrología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 119/61 mmHg, FC 75 lpm, SatO 95%, diuresis en bolsa tras sondaje de 100cc con aspecto normal. Sequedad mucosas. Exploración de columna: dolor a la palpación de las apófisis espinosas lumbares. Dolor musculatura glútea y contractura de musculatura paravertebral. No signos meníngeos. Lasségue y Bragard negativos. Reflejos rotuliano y aquileo conservados. Marcha de puntillas y talones no explorable. Dorsiflexion del primer dedo normal. Analítica ingreso. Hemograma y Bioquímica: Hb 8.4. Hto 24%. Urea 301, TFG 4 ml/min. Cr 12,9. Calcio 12,02. Na 141. K 5.3. Prt 6.8. Albumina 3.1. Orina: Prt 25, Cr 114,9. Urea 1432, Na 20, K 50,9. Sedimento con 20 leucos/campo y escaso filamento mucoso. Rx Torax: ICT normal, SCF no visibles totalmente, hilios congestivos con aumento de la trama vascular e infiltrados bilaterales. Ecografía: no se aprecian signos de obstrucción de la vía urinaria, presencia de quistes renales, vasos permeables.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda. Hipercalcemia de probable origen paraneoplásico.

Diagnóstico diferencial: Metástasis vertebrales, aneurisma de aorta, absceso epidural, tumores malignos, Síndrome cola caballo, infecciones abdominopelvicas, aplastamiento vertebrales, hernias discales, Paget, espondilolistesis.

Comentario final: La lumbalgia es una patología vista frecuentemente en AP/Urgencias. No hay que olvidar que tiene un gran cuadro diferencial. Ante hipercalcemia + anemia + dolor óseo + deterioro de la función renal se debe descartar Mieloma Multiple.

Bibliografía

Aguilar Rodriguez, Bisbal Pardo, Gómez Cuervo, Lagarde Sebastian, Maestro de la Calle, Perez Ordoño, Vila Santos. Manual Diagnóstico Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7º Edición. Madrid 2012.

Palabras clave: Lumbalgia, hipercalcemia, insuficiencia renal, tumor.