

CARTA CLÍNICA

Diagnóstico diferencial de la dorsalgia crónica: a propósito de 2 casos



Differential diagnosis of chronic back pain: A report of two cases

La dorsalgia es una entidad clínica, frecuente en las consultas de atención primaria, que puede ser debida a múltiples etiologías. Según la clínica concomitante, este síntoma ha de servir como signo de alarma de enfermedades potencialmente graves. A propósito de 2 casos, vamos a hacer una revisión de la etiopatogenia de la dorsalgia.

El primer caso trata de un varón de 65 años con antecedentes de TBC, EPOC tipo enfisema, dislipemia y exfumador desde hace 10 años de 40 cigarrillos/día durante 20 años. Bajo tratamiento con bromuro de tiotropio, budesonida-formoterol inhalado, ácido acetilsalicílico, fluvastatina, mandipino y omeprazol.

Presenta cuadro de 2 meses de evolución de dorsalgia de intensidad progresiva e irradiación costal de difícil control pese a analgesia pautada, que aumenta con la tos y con

la extensión del tronco. Desde hace un mes, aumento de su disnea habitual, tos y expectoración amarillenta que, en ocasiones, se acompaña de esputos ligeramente hemoptoicos. Además, hiporexia, astenia y pérdida de peso en los 2 últimos meses no ponderada. Desde hace 5 días, parestias en cara lateral de extremidades inferiores.

A la exploración cardiaca, pulmonar y abdominal no se aprecian alteraciones. A nivel vertebral, no dolor a la palpación de apófisis espinosas a ningún nivel con dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha entre D4 y D8 en contexto de contractura muscular. Exploración neurológica sin alteraciones.

En las pruebas complementarias destaca a nivel analítico discreta leucocitosis (16.900 mm^3) con desviación a la izquierda (84% de neutrofilia). Radiografía de tórax: Atelectasia laminar izquierda. Radiografía de columna dorsal sin alteraciones (fig. 1).

Ante la evolución y la clínica se realiza TAC toraco-abdominal objetivándose masa de 4 cm de diámetro en segmento posterior de LSI que contacta con pleura visceral y cisura oblicua. Metástasis ósea en D5 y tumoración de partes blandas que protruye

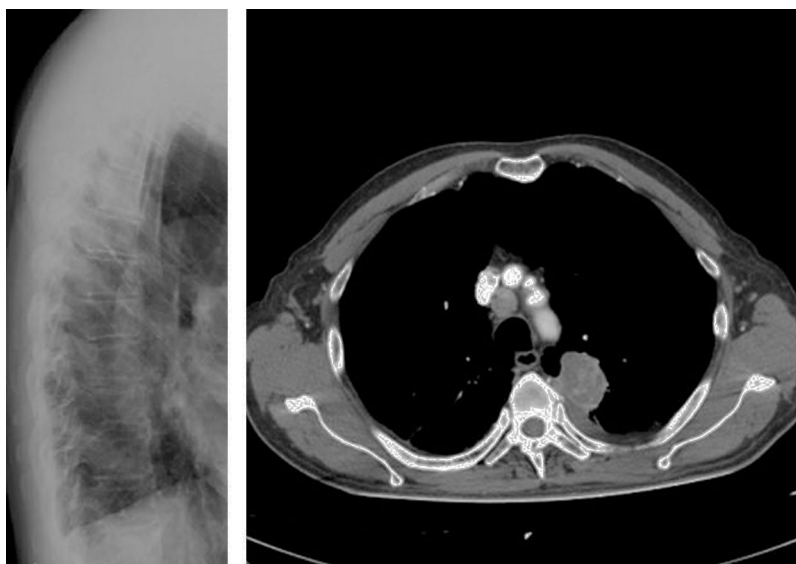


Figura 1 Rx de columna dorsal. TAC toraco-abdominal con masa de 4 cm de diámetro en segmento posterior de LSI que contacta con pleura visceral y cisura oblicua. Metástasis ósea en D5 y tumoración de partes blandas que protruye hacia la cavidad torácica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.08.001>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

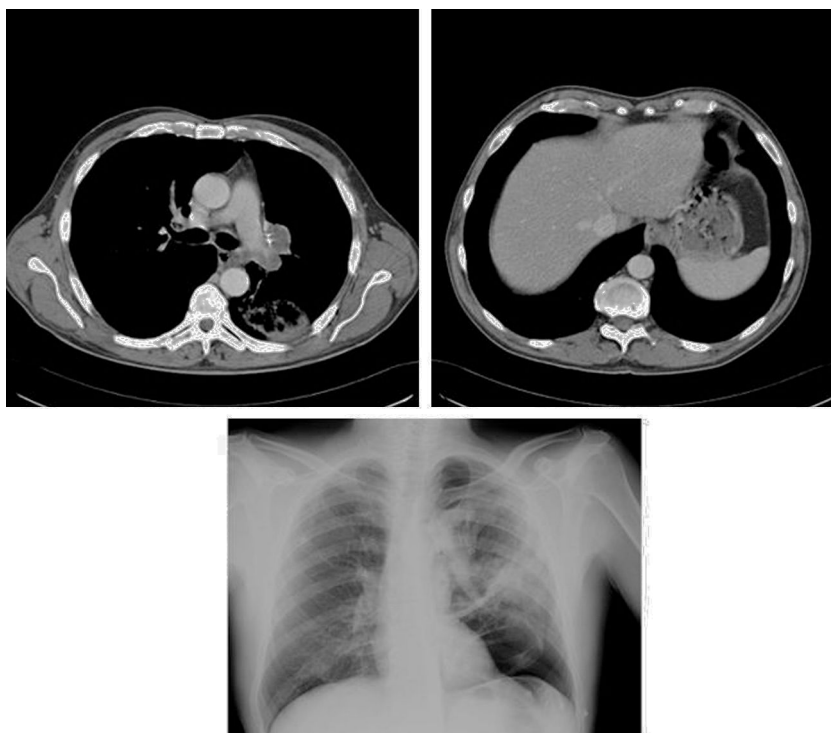


Figura 2 Rx de tórax con imagen nodular de 18,5 mm suprahiliar con tracción apical del hilio izquierdo. TAC toraco-abdominal con tumoración de 45 mm de diámetro en hilio pulmonar izquierdo que engloba el bronquio principal, el bronquio del segmento 6, y que estenosa el bronquio del lóbulo inferior. Destrucción de articulación costovertebral izquierda que en T9 produce efecto masa en partes blandas y protruye sobre parénquima pulmonar.

hacia cavidad torácica con posible afectación raquídea. Con estos hallazgos se concluye el diagnóstico de neoplasia primitiva de pulmón estadio 4 (T2 N3 M1) (fig. 1).

El segundo caso trata de un varón de 54 años con antecedentes de tabaquismo activo de 40 cigarrillos/día desde los 15 años con clínica de un mes de evolución de dorsalgia, y dolor en glúteo y pierna derecha que empeora con el movimiento, y de difícil control sintomático pese a analgesia. Además, tos de varios meses de evolución con expectoración marronácea con alguna hebra de sangre en el último mes. No disnea ni otras alteraciones.

A la exploración cardíaca, pulmonar y abdominal no se aprecian alteraciones. A nivel vertebral, no dolor a la palpación de apófisis espinosas a ningún nivel ni alteraciones de la musculatura accesoria. Exploración neurológica sin alteraciones.

En las pruebas complementarias destaca a nivel analítico discreta leucocitosis (20.300 mm^3) sin alteraciones en la fórmula. Radiografía de tórax: Imagen nodular de 18,5 mm suprahiliar con tracción apical del hilio izquierdo (fig. 2).

En TAC toraco-abdominal se aprecia tumoración de 45 mm de diámetro en hilio pulmonar izquierdo que engloba bronquio principal, bronquio del segmento 6, y que estenosa el bronquio del lóbulo inferior. Adenopatías mediastínicas. Tumoración de 55 mm de diámetro dependiente de glándula adrenal izquierda de tipo metastásico. Destrucción de articulación costovertebral izquierda que en T9 produce efecto masa en partes blandas y protruye sobre parénquima pulmonar. Con estos hallazgos se concluye el diagnóstico de neoplasia primitiva de pulmón estadio 4 (T4 N2 M1) (fig. 2).

Discusión

En comparación con la columna cervical y lumbar, la región dorsal tiene menos estudios a pesar de que el dolor a nivel dorsal puede, en ocasiones, ser una entidad clínica importante¹.

El dolor dorsal está relacionado con diferentes etiologías. Se podrían clasificar en²:

Dorsalgias agudas/subagudas:

- De origen discal o disco vertebral (espondilodiscitis)
- De origen vertebral (aplastamientos traumáticos)
- Irradiadas de origen cervical o lumbar
- Otras (calcinosis discales, «dorsago» o torsión a nivel dorsal)

Dorsalgias crónicas:

- Hernia discal
- De origen vertebral (aplastamientos no traumáticos)
- Dorsalgia inflamatoria (espondilartritis anquilopoyética y espondilodiscitis inflamatorias)
- Dorsalgia tumoral (primaria como metastásica)
- Escoliosis idiopática (síndrome de Scheuermann)
- Discartrosis
- Dorsalgias funcionales en relación a tensión muscular
- Otras (hiperostosis vertebral anquilopoyética de Forestier y Rotès-Quèrol)

Nuestros pacientes presentan dolor crónico que aumenta con la respiración y la tos. Atendiendo a la duración, podríamos pensar en una fractura vertebral no traumática, ya que

la sintomatología y la duración se asemejan (6-12 semanas), pero no explicaría la expectoración hemoptoica y la pérdida de peso, y se apreciarían lesiones en la radiología simple. Por la duración y la leucocitosis, podría tratarse de un proceso infeccioso, aunque los pacientes no presenten fiebre. Entre los procesos infecciosos deberíamos considerar la espondilodiscitis, principal manifestación hematogena de osteomielitis en mayores de 50 años, y representa el 3-5% de todos los casos de osteomielitis. El patógeno más frecuente sería el *S. aureus*, y en el 88% de los casos puede haber paraplejía o paraparesia si se relaciona con un absceso epidural³. La ausencia de sintomatología orgánica de origen infeccioso y la TAC lo descartan.

La protrusión o herniación torácica es otra posible causa, aunque son poco frecuentes y, de existir, son dolores inferiores a D9 y no explicarían el resto de sintomatología.

La pérdida de peso y la expectoración hemorrágica hacen pensar en un dolor origen neoplásico, el cual sí que explicaría la pérdida de peso, mal estado general y mal control de la sintomatología⁴ y, entre los posibles orígenes, la clínica respiratoria ha de enfocarnos a una lesión a nivel pulmonar.

El sistema esquelético ocupa el tercer lugar en metástasis tras pulmones e hígado. El 70% de los pacientes fallecidos por cáncer presentan en la autopsia metástasis espinales y, de ellos, en torno al 14% presentaron sintomatología. Tumores de mama, próstata, pulmón, renal y hematopoyéticos son los más comunes en producir metástasis vertebrales. La localización más frecuente es la torácica, ya que contiene el mayor volumen de médula ósea y provoca un importante depósito⁵. El dolor es la presentación más frecuente (90%) y raramente la clínica neurológica lo precede⁶. Las metástasis vertebrales suponen la manifestación inicial de malignidad en el 20% de los pacientes⁷.

Las pruebas de imagen como las radiografías no son suficientemente sensibles ya que las estructuras viscerales dificultan la interpretación y las lesiones trabeculares solo son apreciables en radiografías laterales en el 30-50% de los casos. La pediculosis es altamente sugestiva de tumor. El TAC ofrece la mejor calidad ósea, pero tiene una sensibilidad del 66% y una especificidad del 89. La RMN proporciona la mayor sensibilidad (98,5%) y especificidad (98,9%) en la detección de metástasis vertebrales, y proporciona un nivel de detalle excelente respecto a la extensión extraósea, compresión nerviosa, enfermedad leptomenígea, y la participación de niveles adyacentes⁸.

En relación a la supervivencia, el déficit neurológico es un indicador de rápida evolución.

En conclusión, la anamnesis es de vital importancia a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de la dorsalgia. Signos como la pérdida de peso, dolor nocturno que impide el descanso de semanas/meses de evolución, mal control sintomático, sudoración nocturna, clínica radicular, déficit neurológico, mal estado general y ausencia de lesiones aparentes en la radiografía ósea han de hacernos pensar en procesos potencialmente graves⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Briggs AM, Smith AJ, Straker LM, Bragge P. Thoracic spine pain in the general population: Prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:77.
2. Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias del raquis torácico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. ISBN: 978-84-9835-088-3.
3. Akcam FZ, Kaya O, Ceylan T. Comment on: Spondylodiscitis: Update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*. 2011;66:1199-200.
4. Fruth SJ. Differential diagnosis and treatment in a patient with posterior upper thoracic pain. *Phys Ther*. 2006;86:254-68.
5. Rose PS, Buchowski JM. Metastatic disease in the thoracic and lumbar spine: Evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011;19:37-48.
6. American Spinal Injury Association [consultado 16 Nov 2010]. Disponible en: http://www.asiaspinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf.
7. Benlloch AM, Codina AM, Ten LB, Donat SM, Belda DV, García RA, et al. Metástasis vertebrales. *Rev Esp Cir Osteoartic*. 2014;49:17-26.
8. Buhmann Kirshhoff S, Becker C, Duerr HR, Reiser M, Baur-Melnyk A. Detection of osseous metastases of the spine: Comparison of high resolution multi-detector-CT with MRI. *Eur J Radiol*. 2009;69:567-73.

E. Esteban-Zubero^{a,*}, F.J. Aranguren-García^b, J. Gayan-Ordás^c y F.J. Ruiz-Ruiz^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Delicias Sur, Sector Zaragoza III, Zaragoza, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ernest Lluch Martín, Calatayud, Zaragoza, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezubero@gmail.com (E. Esteban-Zubero).