

Lumbalgia atípica

Alonso Moralejo R¹, López García EG², Martín Muñoz MC³, Cortés Troyano EM⁴, Ruiz Ramos RM¹

¹Centro de Salud El Abajón. Las Rozas (Madrid)

²Centro de Salud Lucero. (Madrid)

³Centro de Salud. Collado Villalba (Madrid)

⁴Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas (Madrid)

La lumbalgia es un cuadro doloroso originado en estructuras osteomusculares de la región lumbosacra en relación con patología vertebral o extravertebral¹. Puede ser aguda o crónica (más de 12 semanas). Puede irradiarse a miembro inferior, hasta más abajo de la rodilla (ciática) o no (lumbalgia simple)².

Casi el 100% de las personas por encima de treinta años han tenido dolor lumbar en algún momento³.

La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y suele ser autolimitada, aunque en muchos casos es recidivante.

CASO CLÍNICO

Mujer de cuarenta y siete años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos conocidos. Consultó por cuadro de lumbalgia de dos semanas de evolución que empeoró a raíz de sesión más intensa de ejercicio físico.

Con estos datos se puede clasificar como:

- Lumbalgia aguda: dos semanas de evolución.
- Mecánica: aparece tras ejercicio.

Una anamnesis completa resulta fundamental en los casos de lumbalgia. En este caso la paciente tomó antiinflamatorios y no consiguió alivio de su sintomatología; el dolor se irradiaba y tenía un predominio nocturno que interrumpía el sueño.

En la exploración física no se detectaron deformidades, ni hematomas, ni apofisalgias; no había signos de afectación radicular. Exploración de abdomen sin hallazgos de interés. Puñopercusión renal derecha positiva.

Con estos hallazgos, y ante la presencia de al menos un signo de alarma (patrón nocturno), se debe realizar un estudio de forma preferente⁴. Las pruebas que inicialmente se solicitaron fueron un análisis de sangre y orina, una radiografía con proyección anteroposterior y lateral y una ecografía por la positividad de la puñopercusión:

- Analítica: se halló velocidad de sedimentación 125, resto normal.

- Radiografía: sin hallazgos.

- Ecografía abdominal: hidronefrosis derecha.

A la vista de estos hallazgos hay que plantearse diagnóstico diferencial de las siguientes patologías:

- Litiasis: no fueron visualizadas en la ecografía; no justifican una elevación tan marcada de la VSG.

- Tuberculosis extrapulmonar: no había datos de sospecha de la misma; el Mantoux posterior resultó negativo.

- Hipernefroma.

- Masas ginecológicas.

- Metástasis.

- Linfomas.

- Sarcomas retroperitoneales.

Por la sospecha de neoplasia abdominal se solicitaron marcadores tumorales y se derivó a Medicina Interna, donde se realizó tomografía axial computerizada abdominal. En ella se evidenció una masa en ovario derecho, sugestiva de malignidad. Los marcadores tumorales fueron positivos (CA 125 89 UI/ml).

Se realizó histerectomía y doble anexectomía. En la anatomía patológica se evidenció un carcinoma seroso papilar bien diferenciado, sin afectación contralateral ni de grasa peritoneal y con adenopatías regionales negativas.

Tabla 1. ETIOLOGÍA DE LAS LUMBALGIAS

Musculares	Paravertebral lumbar
	Psoas
	Piramidal
Osteoarticulares	Hernia discal
	Fracturas
	Estenosis del canal lumbar
Enfermedades sistémicas	Espondilitis anquilosante
	Enfermedad de Reiter
	Espondilitis psoriásica
	Espondilopatía enteropática
Tumores	
Enfermedades viscerales	
Infecciones	Espondilodiscitis
Vasculares	
Neurológicas	

Tabla 2. SIGNOS DE ALARMA EN UNA LUMBALGIA

Edad	Menores de 20, mayores de 50
Características del dolor	No mecánico
Fiebre	Adictos a drogas por vía parenteral
Factores de inmunodepresión	Cáncer, VIH, fármacos
Pérdida de peso	
Déficit neurológico	
Antecedente traumático	

COMENTARIO

Se trata de un problema de salud muy frecuente en algunos países⁵. El dolor lumbar es la primera causa de consumo de recursos sanitarios.

La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico. En más del 80% de los casos no se encuentra una causa subyacente, pero se debe intentar filiar siempre su origen por las posibles repercusiones que de ello se puedan derivar (**Tabla 1**). La anamnesis y la exploración física son la mejor herramienta diagnóstica para la

Tabla 3. POSIBLES CAUSAS DEL DOLOR LUMBAR

PATOLOGÍA	CLÍNICA	PRUEBAS
Hernia discal	Pérdida de fuerza	RMN
	Signos de radiculopatía Lassègue, Bragard	
	Reflejos osteotendinosos alterados	
Fractura osteoporótica	Mayores de 70 años	Radiología
	Corticoterapia	
	Antecedentes de osteoporosis	
	Traumatismo	
Estenosis del canal lumbar	Parestesias	RMN
	Dolor y claudicación que obliga a sentarse	
	Mayores de 70 años	
Cáncer	Antecedentes de cáncer	Analítica VSG Radiología TAC
	Pérdida de peso inexplicable	
	Mayores de 55 años	
	Dolor de predominio nocturno	
	Dolor de más de seis semanas de evolución	
Artropatía inflamatoria	Dolor en reposo, nocturno	Analítica PCR, FR VSG HLA Radiología
	Rigidez articular de más de 30 minutos en una persona joven	
	Uveítis, uretritis, diarrea u otros	
	Poliartritis	
Infecciones	Fiebre	Analítica VSG Serología Ecografía
	Uso de drogas por vía parenteral	
	Inmunodeficiencia	
	Dolor en reposo, nocturno	
	Infección previa: piel, urinaria, respiratoria	
Aneurisma de aorta	Masa abdominal pulsátil	TAC
	Otra enfermedad relacionada con arteriosclerosis	
	Edad > 60 años	
	Dolor nocturno o en reposo	
Síndrome de cauda equina	Incontinencia/retención urinaria	Derivación urgente
	Anestesia en silla de montar	
	Incontinencia fecal	
	Déficit neurológico grave progresivo bilateral de extremidades inferiores	

detección oportuna de procesos subyacentes que se manifiestan con dolor lumbar, a través de signos y síntomas de sospecha⁶ (**Tabla 2**).

El grueso de la patología lumbar se relaciona con causas osteomusculares, pero existe un pequeño porcentaje de casos que se relaciona con patología visceral, con un pronóstico bastante peor. Por lo tanto se deben sospechar para poder realizar un diagnóstico precoz, iniciar las medidas terapéuticas oportunas, intentar minimizar los efectos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente (**Tabla 3**).

El 80-90% de los tumores de ovario son carcinomas epiteliales, como es el caso presentado. El pronóstico varía en función del grado de diferenciación y de la afectación locorregional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seijas Ruiz-Coello MC. Lumbalgia. Urgencias en atención primaria. Jano 9. enero 2004 vol LXVI.
2. Grupo MBE Galicia. Guías clínicas. Fisterra 2007;7(4).
3. SECOT. Información al público, temas divulgación.
4. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. Screening for malignancy in low back pain patients: a systematic review. Eur Spine J 2007;16:1673-9.
5. Crow WT, Willis DR. Estimating cost of care for patients with acute low back pain: a retrospective review of patient records. J Am Osteopath Assoc 2009;109:229-33.
6. Grupo de lumbalgia. Sectores Zaragoza I y II. Servicio Aragonés de Salud. Abordaje de la lumbalgia en atención primaria. Recomendaciones.