



Clínica cotidiana

Lumbalgia resistente a tratamiento

Francisco Javier Pérez Delgado^{a,*}, Cristina Gil Sánchez^b y Ana Belén Izquierdo Gomar^b

^a Medicina Especializada en Medicina Familiar y Comunitaria/Medicina de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital SAS La Línea de la Concepción, Cádiz, España

^b Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente del Campo de Gibraltar, Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de agosto de 2015

Aceptado el 15 de enero de 2016

On-line el 2 de marzo de 2016

Palabras clave:

Lumbalgia

Anamnesis

Resistencia a tratamiento

Signos de alarma

Aneurisma de aorta

Keywords:

Back pain

History

Treatment resistance

Warning signs

Aortic aneurysm

R E S U M E N

La lumbalgia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria y en las urgencias hospitalarias. La mayor parte son casos benignos y autolimitados, si bien hay ocasiones en las que subyacen otras causas que pueden representar auténticas emergencias.

Los médicos hemos de estar preparados para poder captar estas situaciones y disponemos de 2 herramientas que, a pesar de los adelantos técnicos y las sofisticadas pruebas complementarias actuales, continúan siendo la base de cualquier acto médico: una anamnesis minuciosa y una exploración física adecuada son más que suficientes, en la mayor parte de los casos, para poner en marcha todo el mecanismo necesario para el despistaje de este tipo de procesos patológicos.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Low back pain refractory

A B S T R A C T

Low back pain is one of the most common reasons for visits to primary care and hospital emergencies. Most cases are benign and self-limited, although there are times when other underlying causes that may represent genuine emergencies.

Doctors have to be prepared to pick up on these situations and we have two tools that, despite technical advances and today's sophisticated tests, continue to be the basis of any medical intervention: a thorough history and a proper physical examination, in most cases, is more than enough to implement all the necessary mechanisms for the screening of these types of disorders.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.01.004>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 79 años de edad, alérgico a penicilinas, fumador activo e hipertenso. Acude de madrugada a urgencias de atención primaria por dolor lumbar izquierdo que no cede, a pesar de los diferentes tratamientos instaurados por su médico.

El paciente relata historia de dolor progresivo, de aproximadamente 3 meses de evolución, inicialmente de carácter mecánico y adecuadamente controlado con analgésicos habituales (ibuprofeno y metamizol). En las últimas semanas ha ido aumentando de intensidad, motivo por el que su médico ha modificado la dosis y el tipo de analgesia.

El paciente presenta una discreta inquietud psicomotora y palidez mucocutánea; permanece hemodinámicamente estable (presión arterial 113/59, frecuencia cardíaca 88 lpm). Manifiesta dolor en la fosa renal izquierda y en el hemiabdomen izquierdo, constante, sin clara relación con los movimientos ni otros factores agravantes.

La exploración por aparatos, incluida la exploración abdominal, no encuentra hallazgos de interés. Los pulsos periféricos están presentes y son simétricos.

Con la sospecha de lumbalgia con signos de alarma (lumbalgia de larga evolución y escasa respuesta al tratamiento convencional), el paciente es remitido a urgencias del hospital, donde llega con vía periférica canalizada y analgesia endovenosa.

La historia clínica y la exploración física concuerdan con las realizadas en atención primaria. El paciente ingresa en observación y se le efectúan las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 95 lpm.
- Analítica: sin hallazgos de interés, salvo hemoglobina 12,10 g/dl.
- Radiografía de tórax PA y lateral: índice cardiotorácico en límite alto de la normalidad.
- Radiografía de abdomen en 2 proyecciones: imágenes degenerativas artrósicas en la columna lumbar.
- Ecografía abdominal: aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal, con diámetro anteroposterior de 7 cm y transverso de 7,5 cm, y una extensión longitudinal de unos 10 cm.
- AngioTAC: aneurisma infrarrenal de 12 cm de longitud con hematoma intramural de 7,5 cm, luz verdadera de 2,8 cm; se evidencian signos de rotura con presencia de hematoma periaórtico y sangrado que se extiende al retroperitoneo (figs. 1 y 2).

Ante estos hallazgos se contacta con el servicio de cirugía vascular del hospital de referencia para su traslado, que se realiza posteriormente en UVI móvil.

Es intervenido quirúrgicamente a su llegada. El postoperatorio es favorable y tras 15 días de hospitalización, sin incidencias llamativas, fue dado de alta a su domicilio.

Comentario

La lumbalgia es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Su prevalencia es cercana al 70%¹. Aproximadamente el 90% de los casos obedecen a causas benignas, y con frecuencia el



Figuras 1 y 2 – Aneurisma infrarrenal de 12 cm de longitud con hematoma intramural y luz verdadera de 2,8 cm.

diagnóstico se establece a partir de criterios clínicos; no suele precisar más que tratamiento sintomático.

La mayor parte de las lumbalgias poseen un carácter transitorio, y no tienen relación con lesiones estructurales. No obstante, no podemos olvidar que hay ocasiones en las que una enfermedad potencialmente mortal puede manifestarse únicamente como un dolor lumbar.

Los aneurismas de la aorta abdominal pueden presentarse hasta en un 2-3% de la población general, si bien algunas series indican una prevalencia cercana al 5%.

La mayor parte de ellos cursan de forma asintomática y son descubiertos de forma causal al hallar una masa pulsátil en la

exploración abdominal o mediante una ecografía o tomografía abdominal solicitada por algún otro motivo².

En ocasiones cursan de forma sintomática. En estos casos las manifestaciones pueden simular otras entidades, tales como una lumbalgia¹⁻³, un dolor abdominal inespecífico o un cólico renoureteral.

Cobra aquí especial importancia, tal y como hemos expuesto en el caso, la capacidad del médico para captar estas situaciones que, de ser obviadas, suelen resultar fatales. Nos deben poner sobre la sospecha de un aneurisma de la aorta abdominal:

- Las lumbalgias con larga evolución de los síntomas y escasa respuesta al tratamiento.
- Historia de tabaquismo.
- Historia familiar de aneurisma.

Uno de cada 4 aneurismas abdominales comienza clínicamente con rotura del mismo. El riesgo es mayor cuanto mayor es el tamaño del aneurisma. En los aneurismas mayores de 6-7 cm esta situación se presenta hasta en el 25 % de los casos. La rotura de un aneurisma suele ser una situación catastrófica, una urgencia vital, frecuentemente mortal. En algunas ocasiones, y sobre todo si la rotura es posterior, el sangrado del aneurisma suele estar contenido por el propio hematoma, y cursa de forma asintomática o con clínica de lumbalgia, dolor abdominal inespecífico, cólico renoureteral... Estos son los casos, como el que hemos expuesto en este trabajo, en los que el diagnóstico resulta más difícil y en los que el retraso del mismo puede resultar catastrófico.

En el diagnóstico del aneurisma abdominal, además de una historia clínica detallada y una adecuada exploración física, cobran especial interés las pruebas de imagen, como la ecografía abdominal, que permite poner de manifiesto el aneurisma, y la angioTAC^{4,5}, que ayuda a confirmar la presencia del mismo, así como valorar sus características (tamaño, diámetro, luz verdadera...).

Queremos hacer hincapié en 2 aspectos que consideramos fundamentales, los motivos principales por los que hemos querido presentar este caso:

- En el diagnóstico diferencial de la lumbalgia existen procesos patológicos importantes, algunos de los cuales tan graves que pueden comprometer la vida del paciente.
- A pesar la accesibilidad y de la complejidad de algunas pruebas complementarias, el médico clínico posee 2 armas

básicas e insustituibles, en ocasiones injustamente olvidadas: la historia clínica y la exploración física, que son y continuarán siendo la base de cualquier acto médico.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zúñiga Cedó E, Vico Besó L. Lumbalgia crónica y aneurisma de aorta abdominal. *Semergen*. 2013;39:e47-9.
2. Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A. Abdominal aortic aneurysm: A comprehensive review. *Exp Clin Cardiol*. 2011;16:11-5.
3. Pérez Galisteo MJ, Pérez Fijo JL, Varela Ruiz F, Gómez José A, Rosado Donado R. Lumbalgia y osteólisis vertebral como primera manifestación de un aneurisma de aorta abdominal. *Emergencias*. 2001;13:283-6.
4. ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 Performance measures for adults with peripheral artery disease: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures, the American College of Radiology, the Society for Cardiac Angiography and Interventions, the Society for Interventional Radiology, the Society for Vascular Medicine, the Society for Vascular Nursing, and the Society for Vascular Surgery (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Peripheral Artery Disease). *Circulation*. 2010;122:2583-2618.
5. Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS): Cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2002;325:1135-8.