



## Clínica cotidiana

# No siempre es solo “lumbago”

Lucía Vázquez Araújo<sup>a,\*</sup>, Álvaro Martínez Román<sup>b</sup>, María Soledad Rodríguez Jiménez<sup>c</sup>,  
Beatriz Briones Salinero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Toledo. <sup>b</sup>Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real. <sup>c</sup>Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 10 de marzo de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Dolor en la región lumbar

Ciática

Síncope

#### Keywords:

Low back pain

Sciatica

Syncope

### R E S U M E N

La lumbalgia o dolor en la columna lumbar, es una patología de alta prevalencia, frecuentemente atendida en las consultas de atención primaria. Su etiología suele ser benigna de características musculoesqueléticas, aunque su adecuado diagnóstico y tratamiento es un reto para el médico de familia. Presentamos el caso clínico de una paciente con esta patología y el manejo que desempeñamos.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### It's not always just “low back pain”

### A B S T R A C T

Low back pain or pain in the lumbar spine, is a highly prevalence pathology which is common managed in primary health care. The etiology of this pathology is usually benign musculoskeletal, although a diagnosis and management are a challenge for family doctor. We present the clinical case of a patient with low back pain and the attention we provided.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lucivaraujo@hotmail.com](mailto:lucivaraujo@hotmail.com) (L. Vázquez Araújo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.001>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Introducción

La lumbalgia se caracteriza por dolor localizado en columna lumbar que puede estar presente en dicha zona o irradiar a una o ambas extremidades inferiores, en este caso hablaríamos de lumbociática o síndrome radicular. Su prevalencia es aproximadamente del 70 % en la población y su etiología suele ser mecánica, aunque también puede ser inflamatoria, en cuyo caso podría ser consecuencia de una patología grave. El objetivo de los médicos de atención primaria es el control del dolor y descartar la presencia de posibles complicaciones.

## Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de una paciente mujer de 67 años, obesa, sin otros antecedentes de interés. Acudió al punto de atención continuada por cuadro de lumbalgia irradiada a miembro inferior izquierdo que se instauró de forma progresiva en las horas previas tras un movimiento brusco. Refería asociado un cuadro compatible con síncope de segundos de duración.

En la exploración física destacaba palidez cutánea, hipotensión arterial de 95/60 mmHg, resto de constantes dentro de la normalidad y afebril. En la exploración abdominal destacaba dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha (FID) con signo del psoas positivo. La exploración neurológica era normal y en la exploración lumbar tenía apofisalgia positiva desde la vértebra L2 a la L5.

Realizamos electrocardiograma que no mostró alteraciones del ritmo o la repolarización (figura 1) y canalizamos vía venosa periférica para administrar analgesia y sueroterapia.

Tras anamnesis y exploración realizamos el diagnóstico diferencial principalmente entre lumbalgia de etiología musculoesquelética, en este caso tras realización del esfuerzo, y de etiología inflamatoria, por la intensa y rápida instauración.

Durante su estancia en centro de salud la paciente mostró un empeoramiento del dolor con nuevo cuadro sincopal, por lo que se derivó a urgencias hospitalarias para su valoración. Allí, se completó el estudio con analítica sanguínea (bioquímica, hemograma y coagulación) y radiografías de columna lumbar. En ella se observó una leucocitosis ( $12,5 \times 10^9/L$ ) con neutrofilia y elevación de PCR (259,6 mg/L) como reactantes de fase aguda. Además, leve anemia normocítica normocrómica con Hb inicial de 11 g/dl y leve empeoramiento de la función renal con filtrado glomerular (CKD-EPI) de 72 ml/min (previo de > 90,0 ml/min), sin otras alteraciones significativas. Radiografías sin hallazgos relevantes.

Mientras se encontraba en urgencias hospitalarias y al ir a realizar un esfuerzo, sufre un tercer episodio de características sincopales junto con hipotensión arterial de 76/44 mmHg, taquicardia de 113 latidos por minuto, aumento de palidez cutánea y sudoración profusa. Se realizó una nueva analítica con valores de hemoglobina de 8,1 g/dl, por lo que se decidió ampliar estudio con tomografía computarizada (TAC) torácico-abdominal, donde se observó un extenso hematoma retroperitoneal izquierdo con foco de sangrado activo anterior a tercio medio de la arteria ilíaca externa izquierda (figura 2).

Tras iniciar medidas expansivas con sueroterapia y drogas vasoactivas se decidió ingreso en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock hemorrágico hipovolémico secundario a hematoma retroperitoneal con anemia.

En esta unidad se estabilizó a la paciente, tras lo cual, fue intervenida por el servicio de cirugía general para el drenaje del hematoma. Después de una hospitalización de 22 días fue dada de alta con éxito.

## Discusión

La lumbalgia es una enfermedad muy prevalente en la población y es un motivo muy frecuente de consulta en atención

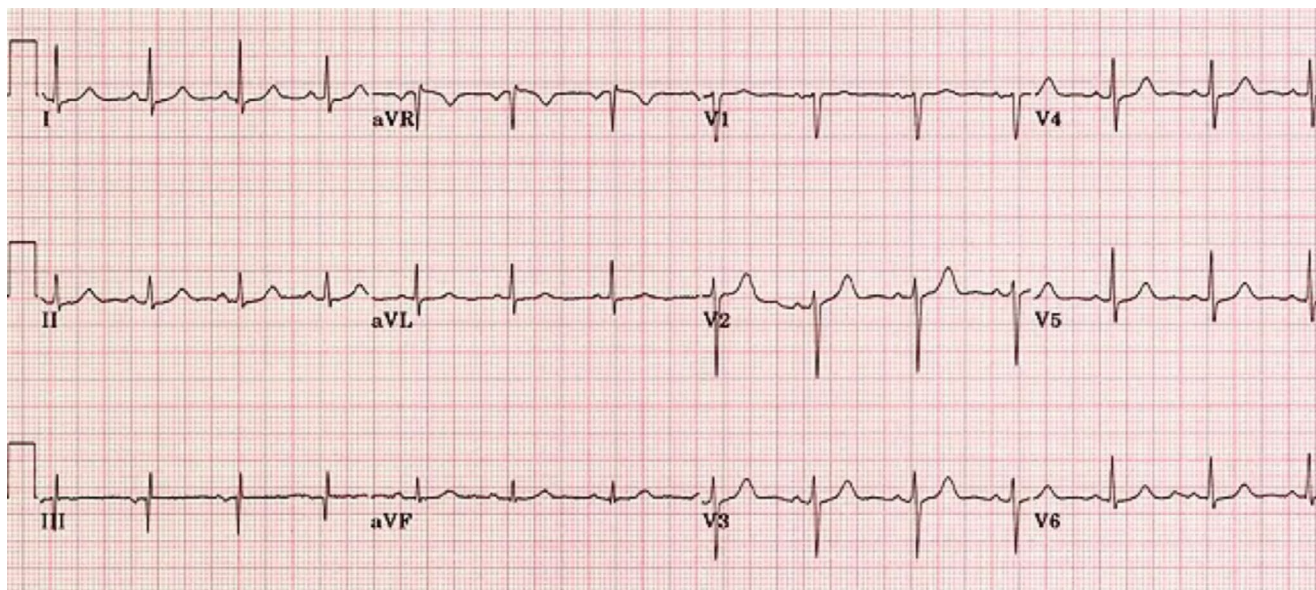
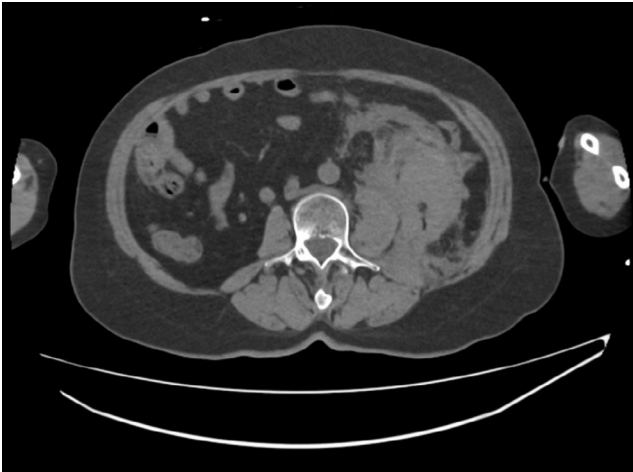


Figura 1 – Electrocardiograma realizado en centro de salud.



**Figura 2 – Angiotomografía torácica con imagen de hematoma retroperitoneal izquierdo.**

primaria<sup>4</sup>. Se estima que se llega a un diagnóstico etiológico en un 10-20 % de los casos entre los cuales, un 3-5 % presentan una patología subyacente grave<sup>2</sup>. Si no encontramos una causa específica del dolor, se cataloga de lumbalgia mecánica<sup>3</sup>.

Por tanto, desde atención primaria es muy importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física, teniendo presente los criterios de alarma de la lumbalgia<sup>1</sup>. Estos son los antecedentes de trauma violento, neoplasia, drogadicción, VIH o toma crónica de esteroides sistémicos, cuando esta se presenta en niños o adolescentes, si afecta a la movilidad, fuerza, a otras articulaciones o asocia una deformidad evidente. También cuando aparece junto con síntomas B (pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna), dolor nocturno, que no mejora con el reposo o tratamiento óptimo, soplo abdominal o trastornos de los esfínteres. Por último, hay que prestar atención si se acompaña de rigidez matutina, espondilitis, iritis, colitis o uretritis<sup>4</sup>.

Si nos encontramos con la presencia de algunos de estos signos de alarma, se recomienda la realización de estudios de imágenes como radiografías simples de columna o resonancia magnética para el estudio del canal medular o un estudio electromiográfico para valorar el daño neuronal de las extremidades. Por último, debemos solicitar estudios de laboratorio

si sospechamos una patología sistémica asociada o en el caso de inestabilidad clínica del paciente<sup>4</sup>.

Este último supuesto fue el que se presentó en el caso de nuestra paciente, pues decidimos derivarla hacia atención hospitalaria urgente ante la inestabilización hemodinámica para su adecuado tratamiento y además para la ampliación del estudio diagnóstico con el fin de identificar la patología causante de dicha sintomatología.

Como conclusión, nos gustaría destacar la importancia del médico de familia en el adecuado manejo de la lumbalgia y la detección temprana de las patologías potencialmente graves, relacionadas con una posible afectación sistémica de los pacientes. En este caso debemos ampliar el estudio con pruebas complementarias y manejo ambulatorio si el paciente está estable o derivar a un centro hospitalario de referencia, en el caso de que nos encontremos ante un paciente inestable o con una rápida instauración de la sintomatología.

### Agradecimientos

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Valle M, Olivé A. Signos de alarma de la lumbalgia. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010;11(1):24-7.
2. Seguí M, Gervas J. El dolor lumbar. *Semergen*. 2002;28(1):21-41.
3. Pérez Torres F, Pérez Caballero P, Núñez-Cornejo Palomares C, Ibáñez Julià MJ, López Buades TL, Julià Mollá C, et al. Lumbalgia. En: Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC, editores. *Enfermedades reumáticas. Actualización Sociedad Valencia Reumagología (SVR)*. SVR; 2023. p. 741-68.
4. Santos DE, Zarnowski M, Salazar A. Actualización de lumbalgia en atención primaria. *Rev Med Sinergia*. 2021;6(8):e696.