



Investigación Original

Señales de alarma en pacientes con dolor lumbar. A propósito de un caso de lumbalgia crónica en Valencia, España.

Red Flags in Low Back Pain Patients. Report of a case of chronic lumbar ache at Valencia, Spain.

RESUMEN

María José Gimeno Tortajada.
[Méd.Dr. Mag.Ges.H.Sal.\(1\)](#)

[José Francisco Pastor Oliver \(2\)](#)

[Rafael.Antón Belenguer Prieto \(3\)](#)

Objetivos: Descripción del caso clínico de un paciente con dolor lumbar, presentando las señales de alarma como un criterio esencial para su abordaje diagnóstico.

Diseño: Reporte de Caso

Ámbito: Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, España

Caso clínico: Paciente de 62 años, presenta dorso-lumbalgia crónica de intensidad moderada-severa, caracterizada por persistir día y noche y no calmar con el reposo. El dolor no cede con analgésicos, y el paciente tiene el antecedente de pérdida de peso y anemia. Al examen físico se nota posición antálgica, movilización disminuida y que motiva intenso dolor. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsolumbares, Examen neurológico normal. Anemia concomitante y VSG levemente aumentada. La radiografía muestra aplastamientos vertebrales en D5 y D12. Al decidirse ampliar el estudio se realiza una Tomografía y Resonancia Magnética que evidencian una masa de carácter expansivo con destrucción ósea y se obtiene una biopsia hepática con metástasis de adenocarcinoma bien diferenciado de origen desconocido.

Conclusiones: Un adecuado abordaje diagnóstico puede afinar la capacidad de los médicos de atención primaria para identificar los casos de lumbalgia que requieren mayores estudios y atención especializada.

Descriptores: Dolor de la Región Lumbar, metástasis de la neoplasia, atención primaria de salud.

Investigación original sujeta a arbitraje.

Fecha de presentación: 28 de Enero 2008

Fecha de aceptación: 18 de Febrero 2008

Fecha de publicación: 18 de Octubre 2008

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.
2008, 2 (1): 25-30

Este artículo esta disponible en:
www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

(1) Agencia Valenciana de Salud, Centro de Salud San Marcelino, Centro de Salud de Javea (2), Unidad de Reumatología del Hospital 9 de Octubre, Valencia (3). Grupo Aparato Locomotor SEMERGEN Comunidad Valenciana (1,2,3).

Méd.Dr.:Médico Titulado. Mag.Ges.H.Sal.:Magíster en Salud Pública

Correspondencia para la autora:

Dra. M^o José Gimeno: mgimeno@comv.es

**ABSTRACT**

Objectives: To illustrate the utility of to use the red flags as core criteria in the diagnostic approach of low back pain patients.

Design: Case Report.

Settings: Ingeniero Joaquin Benlloch Health Center, Valencia, Spain

Case: Patient of 62 years old with low back pain with change of pain characteristics that do not calm with analgesics and is permanent on day and night. The physical shows a pain relieve position, pain to palpation of spinous dorsolumbar apophysis, anemia and high VSG. Rx images show vertebral compression at D5 and D12. Deciding to abroad the study, patient is referred to specialized care level, when a Scan Computer Tomography and a Nuclear Magnetic Resonance is taked. Then was evidenced a expansive mass with bone destruction, Hepatic biopsy showed a metastasis of differenced adenocarcinoma of unknown origin.

Conclusions: If is presented a change of pain characteristics in low back pain primary health care patients, concurrent with other red flags, it is important to explore mor complex pathologies of this pain.

Keywords: Low Back Pain, recurrent, neoplasm metastasis, primary health care

INTRODUCCION

La lumbalgia es uno de los problemas más desafiantes para el médico de Atención Primaria (AP) debido a sus dificultades diagnósticas [1]. Se conoce que alrededor de 85% de quienes acuden a la consulta general con lumbalgia sólo tienen un proceso inespecífico, de naturaleza benigna y autolimitada, mientras que apenas 1 a 2% portan una patología grave [2, 3].

Los médicos de AP tienen como tarea fundamental seleccionar, de entre la gran masa de casos con patologías comunes y respuesta adecuada al tratamiento conservador, a aquellos que requieren atención especializada [4]. Es importante señalar que las guías revisadas recomiendan casi unánimemente, limitar la solicitud de imágenes diagnósticas —radiografías, tomografías o resonancias magnéticas— dado que en procesos comunes aportan poco al proceso diagnóstico, e incluso pueden generar falsos positivos [5-11].

Este reporte de caso busca sumar a nuestro conocimiento, al mostrar la aplicación de un abordaje diagnóstico ordenado, realizado en un paciente con una aparente lumbalgia crónica común, y traía encubierto un problema de mucha mayor gravedad.

CASO CLINICO**ENFERMEDAD ACTUAL**

Varón de 62 años, habitualmente atendido por lumbalgia crónica en el Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch de Valencia, España —8 años de evolución. Tenía el diagnóstico previo de hernia discal L4-L5. Además tenía hipertensión arterial controlada con Enalapril, litiasis renal con su último cólico nefrítico a los 55 años y herniorrafia inguinal derecha, sin otros antecedentes relevantes. A pesar de estar adscrito a la médica de familia autora de este artículo (MJGT), el paciente no acudía con regularidad a su Centro de Salud y había sido visto sólo una o dos veces previas.

El paciente acude a la consulta en el mencionado Centro de Salud en febrero

del año 2005 por experimentar desde las 8 semanas previas, un dolor lumbar intenso y persistente. El paciente refiere haber acudido al traumatólogo una semana antes, quien sin examinarlo y sólo habiendo visto la radiografía, le cambió el anti-inflamatorio y prescribió un complejo vitamínico no cubierto por su seguro.

Comparando con el cuadro previo, el paciente notaba un cambio en el patrón doloroso. Durante este episodio, el dolor se localizaba en un área más amplia que iba desde la zona dorsal media a la lumbar inferior sin irradiaciones. La molestia se presentaba tanto durante el día como en la noche, y lo mismo al hacer movimientos que en reposo, e incluso ocasionalmente le había impedido dormir. La intensidad de este dolor era mayor a la habitual, siendo catalogada como de 7-8/10 —siendo 10 el máximo dolor posible. Este dolor no calmaba con los analgésicos y anti-inflamatorios prescritos, como solía ocurrir previamente. Además en este episodio, el paciente concomitantemente presentaba un dolor en la región dorsal derecha que antes no tenía.

El paciente refería haber perdido peso durante el episodio, y aunque no podía precisar la reducción ponderal sentía que la ropa le quedaba algo más suelta.

Al revisarse sus registros médicos se identificó una anemia crónica, en estudio por el especialista digestivo de la zona para descartar que se tratase de un sangrado gastrointestinal.

Al examen físico se apreció un paciente normohidratado, algo adelgazado aunque no emaciado, quien luce apesadumbrado, con expresión de dolor a los cambios posturales y al sentarse. A la inspección general se apreciaba una palidez mucocutánea generalizada. En la auscultación cardíaca se apreciaban tonos rítmicos con soplo sistólico II/VI en foco tricuspídeo. El abdomen era blando y depresible y había una hepatomegalia discreta a 1-2 cm debajo del reborde costal derecho, donde parecían palpase nódulos.

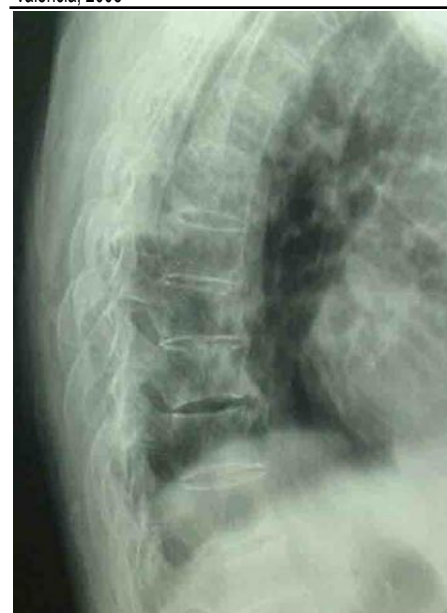
En el examen general se aprecia un paciente encogido e inclinado hacia

la derecha como posición antálgica, incrementándose el dolor al intentar extender la espalda. A la inspección, se nota una cifosis evidente con curvatura antero-posterior pronunciada, aunque no muy diferente a la encontrada en muchos pacientes adultos mayores, y con una ligera escoliosis hacia la derecha. Se evidenció una marcha lenta y arrastrando más la pierna derecha. La movilidad de la columna, estaba disminuida tanto antero-posterior como lateralmente, originando dolor intenso a la movilización. Era notorio el dolor a la palpación de las apófisis espinosas a nivel del raquis dorsolumbar. Todas las maniobras para evidenciar compresión radicular fueron negativas, aunque la interpretación de algunas de ellas estuvo dificultada por el dolor localizado intenso.

El examen neurológico era normal y los reflejos osteo-tendinosos en extremidades inferiores estaban conservados y simétricos.

Los exámenes solicitados mostraron:
Hemograma: Leucocitos 8700, Hematíes 3.800,
Hemoglobina: 10.2, Hematocrito 31%,
VCM 70. Plaquetas 417000.
Velocidad de Sedimentación Globular:
45 mm.
Radiografía simple: Aplastamientos
vertebrales D5 y D12. Osteopenia—Ver
figura 1.
Bioquímica: Urea 34. Creatinina 1.06,

Figura 1. Radiografía de columna del caso reportado.
Valencia, 2005





GOT 85, GPT 98, Bilirrubina 0.3, Calcio 9.0, Glucosa 89, Sodio 135, Potasio 4.68.

Intervención Inicial

Con los datos de historia, examen físico y anamnesis se consideró que el paciente tenía varias señales de alarma que ameritaban ampliar estudios. Para poder obtenerse estas pruebas se refirió el paciente al servicio de atención especializada (*).

Los resultados fueron los siguientes: Tomografía Axial Computarizada (TAC) tórax-abdominal: Masa a nivel del arco posterior 9ª costilla izquierda con destrucción ósea y carácter expansivo de 55 x 40 mm de diámetro. No afectación del parénquima pulmonar. Lesión ocupante de espacio (LOES) hepáticas focales en el lóbulo superior. Quistes corticales en riñón derecho. No crecimientos adenopáticos.

Resonancia Magnética Nuclear: Lesiones metastásicas C7, D1-D3, D12, L4 y L5. Imágenes de compresión medular en D2, D3, D12 y L4. Masa paravertebral izquierda que afecta a costillas y planos altos de tórax llegando hasta supraclavicular. Masa paravertebral lumbar derecha que llega a afectar al diafragma —Ver figura 2.

Intervención definitiva

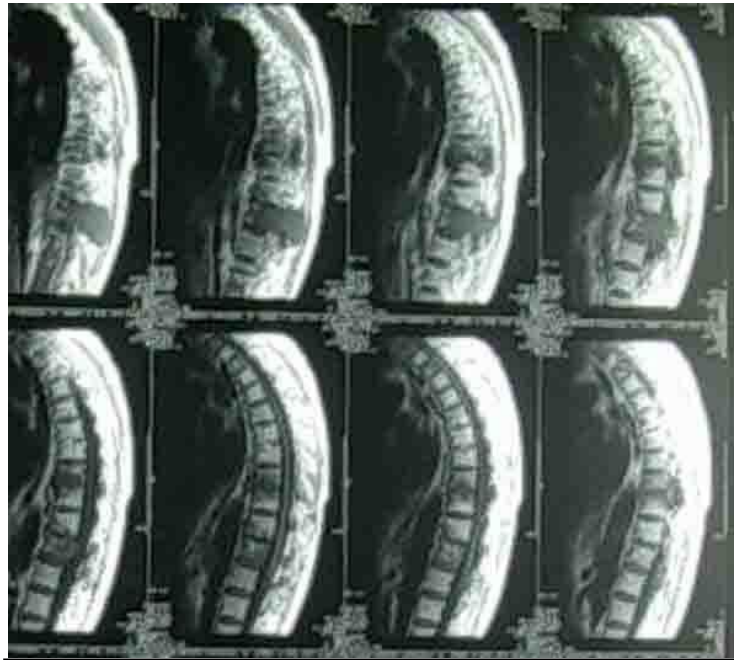
Con dichos resultados se realizan pruebas diagnósticas complementarias encontrándose

Ecografía: Hipertrofia de lóbulo hepático izquierdo y del caudado de bordes regulares, imágenes de LOES en número de 8, de 2,6 a 4.2 cm en el lóbulo hepático derecho. Litiasis renal derecha y quiste cortical simple en el mismo riñón.

Endoscopia y colonoscopia: sin hallazgos patológicos.

(*) Nota del autor: los exámenes complementarios sólo podían ser realizados por servicios de atención especializada por lo que el paciente fue derivado al hospital de referencia. A la semana siguiente es devuelto con el diagnóstico de artrosis y sin habersele realizado mayores exámenes. Intentando en otro hospital se tiene éxito, y el paciente es ingresado para pedirle todas las pruebas diagnósticas necesarias.

Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear de columna del caso reportado. Valencia, 2005



Biopsia Hepática: Metástasis de adenocarcinoma bien diferenciado de origen desconocido.

Evolución y seguimiento

Al cierre del estudio el paciente venía siendo sometido a radioterapia como tratamiento paliativo.

DISCUSION

Este reporte de caso muestra el abordaje diagnóstico en un paciente de 62 años con lumbalgia crónica, que refiere un cambio en su patrón doloroso —no cede con analgésicos y es constante—, presenta anemia concomitante, dolor a la palpación de apófisis espinosas, VSG aumentada y radiografía con aplastamientos vertebrales. El diagnóstico del cuadro fue de metástasis óseas de adenocarcinoma bien diferenciado de origen desconocido.

La lumbalgia es un problema médico muy común, de índole mundial y frecuencia de ataque casi universal, afectando a prácticamente todas las personas por lo menos una vez en la vida [12]. Aunque no hay datos exactos sobre su prevalencia en el área geográfica de procedencia del caso, la lumbalgia es en muchos países, uno de los motivos de consulta más comu-



nes en AP [3]. Por ello se ha abogado ampliamente por que los médicos de AP sean capaces de instaurar un diagnóstico y tratamiento adecuados de la lumbalgia [13].

Como ya se comentó, alrededor de 85 a 90% de las lumbalgias se relacionan con distensiones lumbares por una mala postura, agravadas por la obesidad, embarazo o problemas agudos musculares o de ligamentos [2, 12]. Existe evidencia actualizada respaldando que en general estos procesos responden adecuadamente a una terapéutica conservadora [11], por lo que las guías de manejo coinciden en que, de primera intención, no se requiere un mayor despliegue tecnológico para su diagnóstico [5-11].

No obstante, aproximadamente uno de cada 10 casos son debidos a artrosis, fibromialgia, espondilitis anquilosante, protrusión y herniación de un disco intervertebral, procesos originados fuera del sistema músculo-esquelético, entre otras múltiples causas. Sólo para 1 a 2% de los afectados con lumbalgia, ésta se origina en problemas graves como tumores, metástasis, fracturas o infecciones [13].

Como ya se comentó, aunque la TAC o la RMN tienen un importante valor para el diagnóstico definitivo de la lumbalgia [14], una buena aproximación clínica permite el diagnóstico adecuado en la mayoría de los casos [15]. La metodología de las señales de alarma o red flags (en inglés), puede ayudar a los médicos de AP a desarrollar una sospecha coherente ante un caso poco común. Las señales de alarma son antecedentes, signos y síntomas presentes en patologías más serias, y que pueden orientar a pensar en diagnósticos de mayor severidad como causantes de la lumbalgia [3, 8, 9].

Algunas de las señales de alarma que podrían conducir hacia el diagnóstico de alguna infección o neoplasia en pacientes con lumbalgia serían:

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Dolor de más de un mes de evolución que no cede con el tratamiento
- Edad mayor de 50 años
- Antecedentes de cáncer
- Dolor que no cede con el reposo
- Adicción a drogas intravenosas
- Inmunosupresión. [3, 8, 9].

El paciente reportado presentaba desde su primera visita al médico familiar, diversos elementos que pueden ser considerados señales de alarma para infección o neoplasia, tales como: edad mayor de 50 años, pérdida de peso —más preocupante por estar asociada a una anemia—, dolor persistente con molestias que no cedían al reposo ni con analgésicos, una evolución mayor a un mes que se acentuaba progresivamente, y hallazgos positivos en la analítica —VSG aumentada— y en la radiografía —aplastamientos vertebrales. Todas estas señales de alarma no se correspondían con un caso común de lumbalgia mecánica inespecífica, por lo cual se hacía necesario un abordaje diagnóstico más amplio, buscando una causa más seria como origen de la lumbalgia.

Dado el cuadro presentado por el paciente, dos de las posibilidades diagnósticas más importantes eran precisamente las neoplasias e infecciones que pueden presentarse con un cuadro como el descrito.

Se concluye que ante pacientes con señales de alarma importantes como las mostradas en el caso reportado, un adecuado abordaje diagnóstico puede ayudar a los médicos de AP a identificar mejor a quienes requieren mayores estudios y atención especializada.

BIBLIOGRAFIA

1. Deyo RA, Rainville J, Kent DI. What can the history and physical tell us about low back pain?. JAMA. 1992; 268: 760-765.
2. Andersson GB. Epidemiological features of chronic

low-back pain. Lancet. 1999; 354 (9178): 581-85.

3. Pérez-Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Rev Cub Ort Trau. 2006; 20 (2): 0-0.



4. Durante E. Lumbalgia. En: ed. Rubinstein A, Terrasa S., edit. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 1615-30.
5. Grupo de Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía COST de lumbalgia inespecífica [monografía en Internet]. 2005. (consultado en: 01 de enero de 2008). Disponible en: <http://www.taiss.com/noti/misc/guia-lumbalgia-resumida.pdf>.
6. Kopitowski K. Guía para el manejo de pacientes adultos con lumbalgia (segunda parte). Evid Aten Primaria. 2002; 5 (3): 88-91.
7. Kopitowski. Guía para el manejo clínico de pacientes con lumbalgia (primera entrega). Evid Aten Primaria. 2002; 5 (2): 56-59.
8. López Roldán V, Oviedo Mota M, Guzmán Gonzáles J, Ayala García Z, Ricardez Santos G, Burillo Bauret M, et al. Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. Rev Med IMSS. 2003; 41 (Sup 1): S123-30.
9. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo [monografía en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006. (consultado en: 01 de marzo de 2008). Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16481DocumentNo4860.PDF>.
10. Vélez AV, Bernal AS, Fernández LFJ, Montoya JA. Dolor Lumbar. Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia [monografía en Internet]. Proyecto ISS-ASCOFAME; Medellín: Seguro Social de Salud y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2000. (consultado en: 17 de febrero de 2008). Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/Guias/Dolor%20lumbar.pdf>.
11. Koes B, van Tulder M. Low back pain (acute). BMJ Clin Evid. 2006; 4: 1102-15.
12. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E. The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. Spine. 1999; 24: 1813-19.
13. Kinkade S. Evaluation and treatment of Acute Low Back Pain. Am Fam Phy. 2007; 75 (8): 1181-88.
14. Pfirrmann CY, Metzdorf A, Zanetti M. Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disk degeneration. Spine. 2001; 26: 1873-78.
15. Gómez Naranjo J, Abad Hernández R, Rodríguez Domínguez M, Lim-Alonso N. Diagnóstico clínico de la sacrolumbalgia: (II) La anamnesis. Rev Cub Med Gen Int. 1997; 13 (5): 453-460.