

A PROPÓSITO DE UN CASO...

Lara Arbizu Sastre
Cristina Arina Cordeu
Marta Gomez del Mazo

CASO CLÍNICO

Varón 62 años, con antecedentes personales de:

- No hábitos tóxicos
- HTA, DLP
- Trasplante hepático por cirrosis por VHC en Madrid con controles allí, recibió TAR con triple terapia con telaprevir que terminó en octubre de 2012.
- Bocio polinodular
- Pielonefritis
- **IQ:** Trasplante hepático abril 2008; Amigdalectomía; 2 hernias inguinales

TRATAMIENTO HABITUAL:

Tacrolimus, omeprazol, atorvastatina, enalapril, rosuvastatina, adiro

18/06/2015

1ª VISITA A URGENCIAS

**Back Pain Is
No Joke!**



DOLOR LUMBAR

- 10 días de evolución.
- Sin irradiación.
- Características inflamatorias.

CEFALEA “EN CASCO”



DOLOR MANDIBULAR



EF: Normal, Lasègue negativo bilateral.

ANALÍTICA: Urea 55, Creatinina 1.21, plaquetas 86.000

RX COLUMNA LUMBOSACRA: Disminución espacio articular L4-L5

ECG: Normal



Tratamiento Urgencias: metamizol iv, Mejoría ➡ ALTA CON ANALGESIA

22/06/2015

2ª VISITA A URGENCIAS

Dolor lumbar + Dolor mandibular con disminución de la sensibilidad + Cefalea “en casco”

EXPLORACIÓN FÍSICA: Normal.

ANALÍTICA: Urea 65, Creatinina 1,35, plaquetas 82000, resto normal

RX CERVICAL: Rectificación columna cervical. Signos artrósicos

Tratamiento en urgencias: droal iv. Mejoría
CITA CEX TRAUMA

ALTA CON ANALGESIA.



24/06/2015

3ª VISITA A URGENCIAS

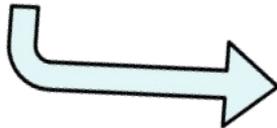
Dolor lumbar + Dolor cervical irradia a zona
mandibular y occipital.
(estudiado por odontólogo)

EXPLORACIÓN FÍSICA: Normal.

Tratamiento en urgencias: Inzitan im

ALTA CON ANALGESIA.

CITA CEX REUMA



Cita el 29/06/2015 descartando polimialgia y arteritis temporal.
Plan: ITC a Neuro para descartar neuralgia. RM lumbar.

30/06/2015

4ª VISITA A URGENCIAS

Persistencia de DOLOR MANDIBULAR.

ITC NEUROLOGÍA: Recomienda CEX preferente por posible neuralgia.

5ª VISITA A URGENCIAS

DOLOR MAXILAR IZQUIERDO y PARESTESIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA normal

ANALÍTICA: Urea 65, Creatinina 1,32, plaquetas 63000, PCR 63 mg/L

ITC NEUROLOGÍA: “Dolor cervical mecánico referido mas que neuralgia trigémino”

Mantener CEX NEURO. Tramadol, dexketoprofeno y Gabapentina



6/07: Mejoría con gabapentina. Se solicita RM cerebral.

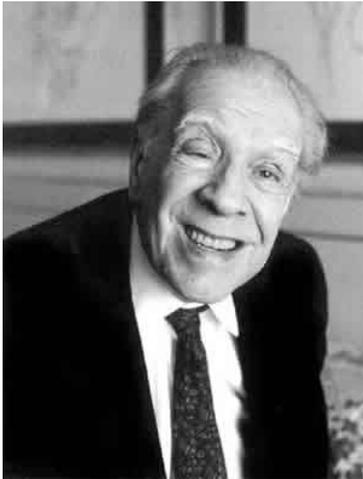
14/07/2015

6ª VISITA

Dolor lumbar (impide descanso nocturno), Dolor mandibular y Cefalea

...¿Y ahora?

Pérdida de peso + sudoración diurna y nocturna + astenia/anorexia



DIPLOPIA
+
PTOSIS PALPEBRAL DERECHA



❑ RM cerebral: moderada atrofia cortical.

❑ RM columna cervical, dorsal y lumbar: alteración difusa de la intensidad de señal ósea.

Espondilo-discopatía degenerativa de C4 a C7 sin compromiso de canal ni radicular.

Discopatía L1-L2 y L4-L5 sin compromiso de canal ni radicular

EF: Ptosis palpebral derecha, parálisis recto interno OD

ANALÍTICA:

LDH 1126, Urea 84, Creatinina 1,73,

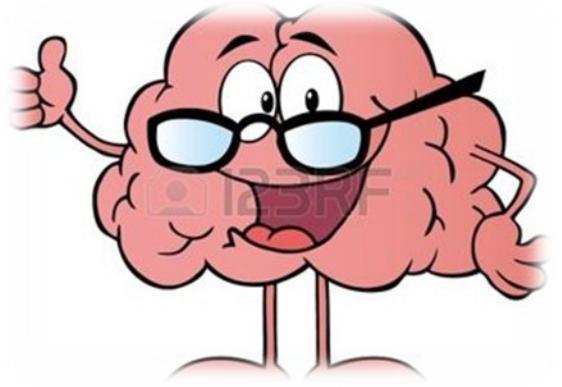
PCR 129

Hb 11,9, Plaquetas 30000

ITC NEURO: Se decide ingreso Parálisis III par y Síndrome constitucional

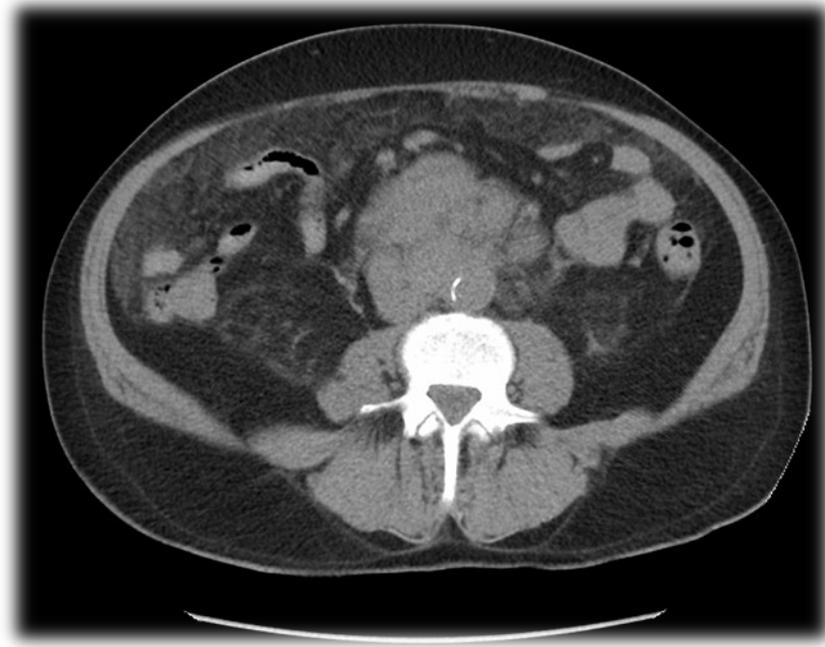
INGRESO EN NEUROLOGÍA

- **ANALÍTICA:** anemia, plaquetopenia. LDH, PCR , VSG ↑
Serologías, Marcadores tumorales y onconeuronales (-)
- **PUNCIÓN LUMBAR (15/7):**
135 leucocitos, 90% mononucleares; proteínas, glucosa y ADA normales.
Tratamiento con ceftriaxona y aciclovir.
 - AP: negatividad para malignidad citológica
- **EMG/ENG (15/7):** Normal



TAC (16/7/2015)

Masa adenopática retroperitoneal de 9.5 x 7 cm + adenopatías paraaórticas y en hilio renal derecho de 2 cm. Metástasis hepáticas y tumoración en pelvis renal derecha sugestivo de neoplasia urotelial. Posible carcinomatosis peritoneal.

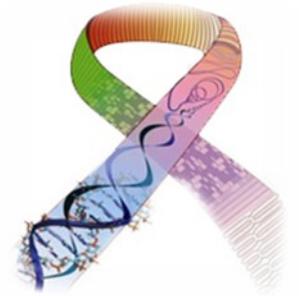


- **ITC ONCOLOGÍA**
- **ITC HEMATOLOGÍA**

17/7/2015: INGRESO EN ONCOLOGÍA

ANALÍTICA: Anemia, plaquetopenia.

Se requiere transfusión concentrado hematíes y de plaquetas.



BIOPSIA (21/7/2015) de masa adenopática retroperitoneal

23/7/2015 Informe provisional de IF (citometría de flujo):

Población clonal linfoide B lambda compatible con LNH B agresivo CD10+ BCL2-

24/07/2015 INGRESO EN HEMATOLOGÍA

- ANALITICA: 47.000 plaquetas

Empeoramiento. Mal estado, adormilado.

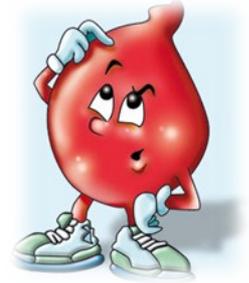
Aumento dolor mandibular y abdominal. Cefalea brusca que impide apertura ocular: **SOSPECHA DE HEMORRAGIA**

- TAC CEREBRAL: Asimetría de senos cavernosos
- TAC ABDOMINAL: Similar al TAC día 16/07



RM senos cavernosos y angio RM, descartar aneurisma carótida.

QT sin incidencias

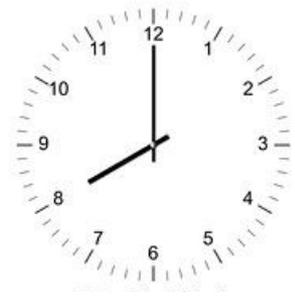


25/07/2015

Disminuye SatO₂, No se consigue tomar TA.

ANALÍTICA: 16000 plaquetas; Hb 8,3

ÉXITUS, POSIBLE HEMORRAGIA CEREBRAL



27/07 Informe de AP (Inmunohistoquímica) :

Enfermedad linfoproliferativa postrasplante monomorfo tipo Burkitt



LUMBALGIA EN URGENCIAS

*Dolor, de cualquier etiología,
en el dorso entre las últimas
costillas hasta los pliegues glúteos.*

EPIDEMIOLOGÍA

Problema de salud importante, sobre todo en países industrializados, con una **prevalencia** alrededor del **70%** y un pico entre los **35 y 55 años**.

Causa más frecuente de consulta médica después del resfriado común

Importante repercusión social, laboral y económica: **PRINCIPAL CAUSA DE BAJA LABORAL**

En función del tiempo de evolución...

AGUDA: menos de seis semanas de evolución. 90% de pacientes --> recuperación.

SUBAGUDA: entre 6-12 semanas.

CRÓNICA: más de 12 semanas. Entre un 2 y un 7% de los pacientes.

“Dolor lumbar recurrente” clínica compatible tras 6 meses o más sin presentarla.

Según la etiología...

80% LUMBALGIA **INESPECÍFICA**: necesario descartar resto.

20% LUMBALGIA **ESPECÍFICA** (causa conocida)

5% enfermedad grave subyacente

15% patología específica locorregional no grave

Causa conocida grave 5%

- Tumores malignos espinales
- Metástasis vertebrales
- Espondilodiscitis
- Absceso epidural
- Quiste hidatídico
- Fractura inestable
- Tumores malignos pélvicos
- Síndrome de cola de caballo
- Infecciones abdominales
- Infecciones pélvicas
- Aneurisma de aorta

Causa Locorregional no grave 15%

- Espondilitis anquilosante
- Aplastamientos vertebrales osteoporóticos
- Enfermedad de Paget
- Tumores benignos espinales
- Tumores benignos pélvicos
- Lipomatosis
- Malformaciones vasculares
- Hernia de disco
- Estenosis de canal raquídeo
- Quistes aracnoideos

PARA ORIENTARNOS...

Lumbalgia MECÁNICA (97%)	Lumbalgia NO MECÁNICA = INFLAMATORIA (3%)
Dolor que empeora con movimiento	No se modifica con el movimiento, postura
Mejora en reposo	No mejora en reposo
No dolor nocturno	Despierta por la noche
No fiebre ni síntomas asociados	Fiebre o síntomas sistémicos



INFLAMACIÓN, INFECCIÓN,
NEOPLASIAS

Las últimas guías distinguen 3 tipos de lumbalgia...

- 1. Lumbalgia mecánica:** dolor en región lumbar/lumbosacra de características mecánicas, varía en función de la actividad física, nunca déficit motor o neurológico.
- 2. Lombociatalgia:** dolor lumbar con compromiso neurológico, puede haber afectación a nivel motor, sensitivo o de reflejos.
- 3. Lumbalgia con signos de alarma:** precisa de atención médica inmediata y a veces cirugía urgente.

Fiebre, infección bacteriana reciente, FR para infección (ej. Inmunosupresión, sonda urinaria), antecedentes drogadicción parenteral

SÍNTOMAS DE ALARMA (RED FLAGS)



INFECCIÓN

Traumatismo grave, traumatismo menor en > 50 años, osteoporosis o toma de corticoides



FRACTURA

Dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos, FR cardiovascular, antecedentes de enfermedad vascular



ANEURISMA

Edad < 40 años, dolor que no mejora con el reposo, disminución de la movilidad



ARTROPATIA
INFLAMATORIA

Anestesia en “silla de montar”, pérdida control esfínteres / retención de orina, ataxia marcha



SINDROME
COLA DE
CABALLO

CÁNCER
(0.7%)



*Las guías coinciden en la **escasa utilidad de la EF para descartar una neoplasia.***

- Antecedente de cáncer.
- Edad < 20 años o > a 50 años.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior.
- Dolor de más de un mes de evolución, que no cede con reposo o con analgesia.



*Sin embargo, estos son elementos que indican **aumento del riesgo** de que el dolor lumbar sea 2º a un tumor.*

*La **AUSENCIA** de estos 4 signos **DESCARTA** la presencia de cáncer (**Sensibilidad 100%**).*

MANEJO DE LUMBALGIA EN URGENCIAS

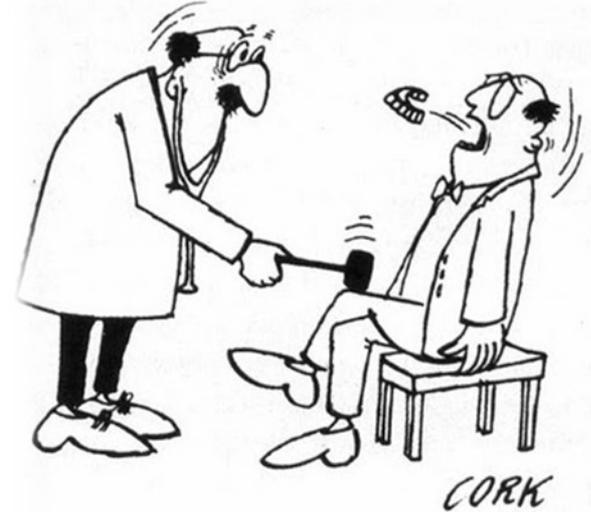
ANAMNESIS: características del dolor, traumatismos, infecciones, síntomas neurológicos, antecedentes de cáncer.

Preguntar por “factores de riesgo de cáncer”:

- H^a previa de cáncer: ↑ probabilidad x 14
- Pérdida de peso inexplicada
- Dolor refractario a tratamiento médico durante un mes
- > de 50 años

EXPLORACION FÍSICA:

- Alteraciones de la marcha/actitudes antiálgica
- Inspección columna: asimetrías o deformidades
- Movilidad: flexoextensión, rotaciones y lateralizaciones
- Palpación de apófisis, musculatura, articulaciones, región inguinal y trocantérica (descartar coxalgias)
- Laségue, Bragard.



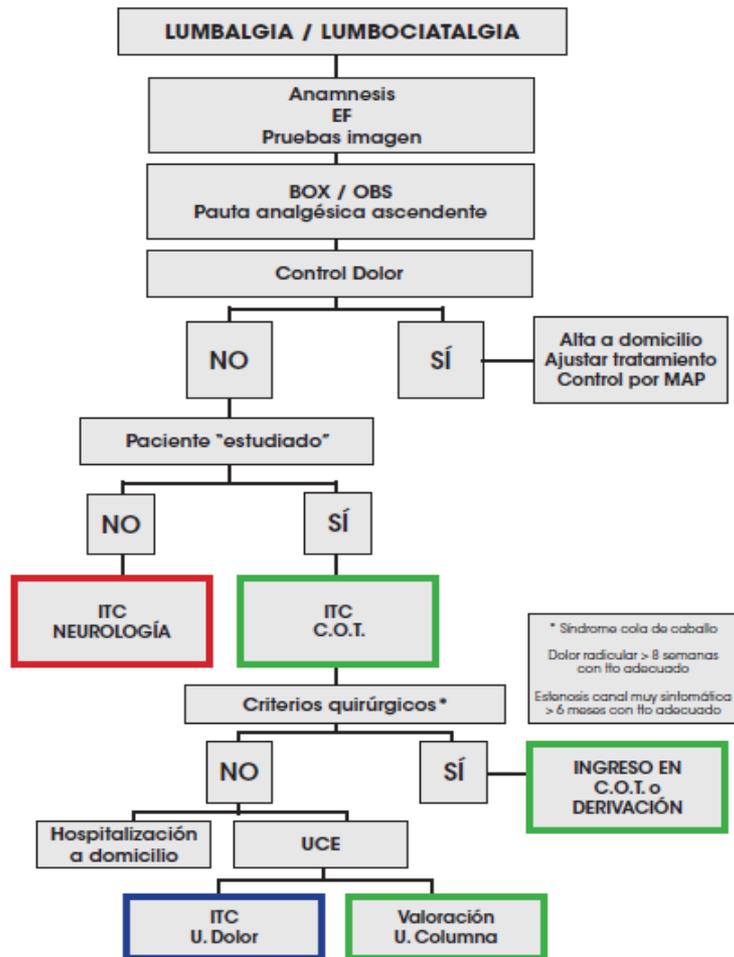
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

¿Cuándo hacer pruebas de imagen?

Deben realizarse en caso de

- RX
- TAC
- RMN
- ANALÍTICA DE SANGRE (VSG)





BIBLIOGRAFÍA

- ❑ “Medicina de urgencias y emergencias” Luis Jiménez Murillo/F. Javier Montero Pérez
- ❑ Pérez Irazusta I et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
- ❑ Barrera Portillo J. Guía clínica de Lumbalgia Fisterra. 2013
- ❑ “Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica” Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª Edición (2007).
- ❑ Van Tulder et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91.
- ❑ Chou R, Qaseem A, et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007; 147:478-91
- ❑ Valle Calvet, M. Olivé Marqués, A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin FundEspReumatol.2010;11(1):24-27