

# No toda lumbalgia es lo que parece

*Not all lower back pain is what it appears*

Raquel Hernando Nieto<sup>a</sup>, María Antonia Gallego Sánchez<sup>b</sup>  
 y M.<sup>a</sup> Elena Millán Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas, Las Rozas. Madrid (España).

<sup>b</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Tutora de pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid (España).

## CORRESPONDENCIA:

Raquel Hernando Nieto. Centro de Salud. Monterrozas. C/ Aristóteles, n.º 7. 28232, Las Rozas. Madrid (España)

## CORREO ELECTRÓNICO:

rhernandon@salud.madrid.org

Recibido el 9 de marzo de 2023.  
 Aceptado para su publicación  
 el 27 de junio de 2023.

## RESUMEN

La presencia de dolor lumbar implica un diagnóstico diferencial amplio. Presentamos el caso de una mujer de 44 años de edad en seguimiento en nuestro centro de salud por dolor lumbar desde hace unos 12 meses.

Fue diagnosticada de lumbalgia mecánica tras hacerle una radiografía de columna lumbar en la que «no se encontraron hallazgos». Durante una nueva revisión del caso, se amplió el diagnóstico diferencial y se observó una litiasis coraliforme en la radiografía de columna lumbar, por lo que se decidió hacer nuevas pruebas complementarias en el centro de salud. En la ecografía se objetivó dilatación de los cálculos renales y se derivó a la paciente a urología. Tras la valoración en urología, se programó una litotricia extracorpórea y una nefrolitotomía percutánea. Tras la intervención quirúrgica, la paciente quedó asintomática a las 4 semanas y toleró adecuadamente el tratamiento antibiótico.

**Palabras clave:** dolor, litiasis urinaria, radiología.

## ABSTRACT

The existence of lower back pain implies a broad differential diagnosis. We report the case of a 44-year-old woman under follow-up at our health centre for lower back pain over the past 12 months. She was diagnosed with mechanical lumbalgia after a lumbar spine X-ray revealed “no findings.” During further case review, the differential diagnosis was expanded, revealing staghorn calculus in the lumbar spine X-ray, leading to the decision to perform further tests at the health centre. The ultrasound revealed dilation of the renal calyces, and the patient was referred to urology. Following the evaluation in urology, extracorporeal lithotripsy and percutaneous nephrolithotomy were scheduled. After surgery, the patient became asymptomatic within four weeks and tolerated the antibiotic treatment adequately.

**Keywords:** Pain, Radiology, Urinary Lithiasis.

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de litiasis coraliforme en España es de 4,2%, siendo la incidencia de un 0,27%<sup>2,5</sup>. Teniendo en cuenta que España tiene una población de 47,35 millones de habitantes, la prevalencia será en torno a 1.988.700 personas, siendo 127.845 personas diagnosticadas cada año. En torno a un tercio recidivan en menos de 4 años, pero el 75% se resuelven solas y solo un 25% necesitan tratamiento urológico<sup>2</sup>. La edad de aparición más frecuente se sitúa en el tramo de los 30-50 años<sup>2</sup>. Las litiasis afectan mayormente a los hombres (por cada dos-tres hombres afectados hay una mujer). Sin embargo, en las litiasis coraliformes existe una mayor afectación en mujeres<sup>2,5</sup>, como fue nuestro caso, una mujer de 44 años. Los microorganismos implicados en estas litiasis son Proteus, Pseudomonas y Ureaplasma, entre otros<sup>5</sup>.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 44 años de edad, sin antecedentes de interés, en seguimiento en el centro por una lumbalgia mecánica desde hace 24 meses. La paciente había acudido en diferentes ocasiones al centro de salud, siendo diagnosticada de lumbalgia, pues refería un dolor constante en la región lumbar izquierda, que empeoraba con los movimientos, con una exploración física compatible. Tras una nueva evaluación de las pruebas complementarias, se planteó otro diagnóstico simplemente «alejándose para mirar su radiografía». La paciente disponía de una radiografía lumbar que se informó como «sin hallazgos patológicos» (figura 1). La evolución tórpida de este proceso hizo precisa una nueva valoración de las pruebas complementarias. Así, se identificó la presencia de múltiples imágenes radiopacas localizadas en flanco izquierdo, que interpretamos como posible litiasis renal coraliforme y que podía ser la causa del dolor lumbar de evolución tan tórpida que sufría la paciente.

Tras la realización de una analítica urgente para valorar función renal, que fue normal, citamos a la paciente para la hacerle una ecografía en el centro de salud (figuras 2 y 3). En la ecografía confirmamos la presencia de litiasis renal coraliforme izquierda.

La paciente fue derivada al hospital de referencia para que se le hiciera una valoración en urología. Solicitaron de nuevo analítica y cultivos urinarios, que fueron todos negativos. Los radiólogos hicieron una ecografía abdominal sistemática, donde se objetivó la presencia de un riñón izquierdo con incontables litiasis en todos los grupos caliciales, de aproximadamente 1 cm y dilatación de las pirámides de forma retrógrada. Los hallazgos fueron confirmados con una tomografía computarizada (TC) posterior. Ante la presencia de una creatinina de 1.02, decidieron realizar interconsulta al servicio de nefrología, donde se le hizo un renograma, cuyos resultados fueron una contribución del riñón derecho a la función global de un 66,9% frente a un 33,1% por parte del riñón izquierdo. Nefrología atribuyó la elevación de creatinina a la posición del cálculo renal.

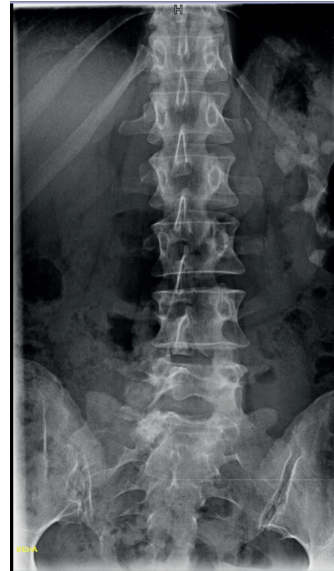
Finalmente, se hizo interconsulta al servicio de enfermedades infecciosas para valorar tratamiento, dado que este tipo de cálculos son secundarios a una infección en la mayor parte de las ocasiones. Se llevó a cabo un nuevo urocultivo, donde creció *Proteus mirabilis*. Se decidió iniciar tratamiento con cotrimoxazol durante 6 meses tras la intervención quirúrgica.

Urología incluyó a la paciente en lista de espera quirúrgica para una nefrolitotomía percutánea más litotricia extracorpórea por ondas de choque.

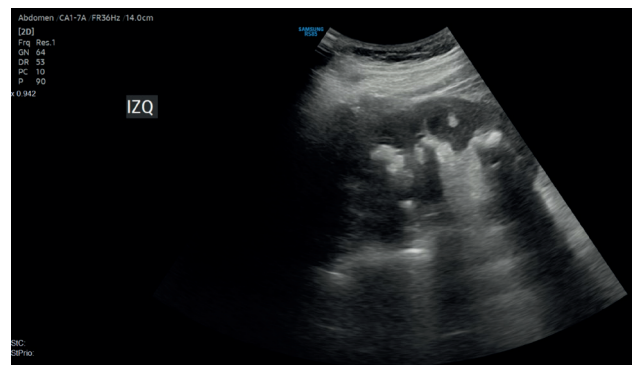
## DISCUSIÓN

El síntoma más frecuente de la litiasis renal es el dolor (como le ocurría a nuestra paciente), junto con el síndrome miccional y la hematuria<sup>2,6</sup>. Generalmente, el dolor se localiza en la región lumbar, fosa ilíaca, flanco, zona inguinal e incluso en la cara interna del muslo<sup>6</sup>. Y puede ir acompañado de náuseas u otros síntomas sintéticos<sup>6</sup>.

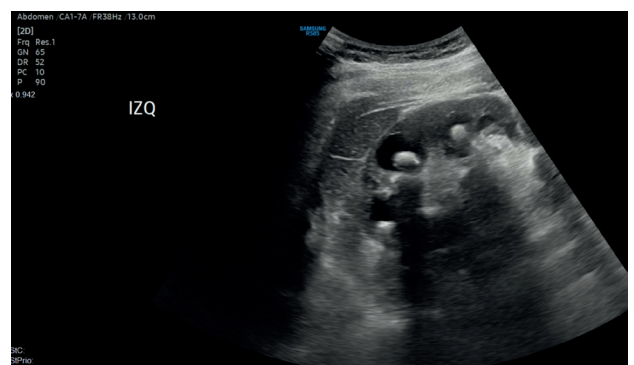
**Figura 1.** La figura corresponde a una radiografía anteroposterior de la columna lumbar. A la altura del riñón izquierdo se observa una litiasis coraliforme



**Figura 2.** Ecografía renal donde se observan unas imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior que se corresponden con una litiasis



**Figura 3.** Ecografía renal donde se observa dilatación de los cálices renales, así como unas imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior (litiasis)



El diagnóstico se hace con la clínica y las pruebas de laboratorio (un 70% presenta hematuria) y se confirma mediante pruebas de imágenes<sup>6</sup>. La ecografía tiene una sensibilidad del 45% para litiasis ureterales y una especificidad del 94%, siendo su mayor limitación

el cálculo erróneo del tamaño de la litiasis, sobre todo en pacientes con alto índice de masa corporal (IMC)<sup>4,6</sup>. Ante una sospecha de litiasis renal o ureteral la primera prueba que debería hacerse es la ecografía y, tras ella, debería buscarse confirmación con una TC, salvo que se sospeche que la litiasis está complicada; en este caso, se hace directamente una TC<sup>5</sup>. Se pueden hacer otras pruebas de imagen. Una prueba que se ha comenzado a utilizar es la tomosíntesis digital. Se trata de una técnica novedosa donde se usa el tubo de radiografía convencional junto con un programa informático para producir imágenes coronales. La sensibilidad de esta técnica es del 64% para litiasis de 2-5 mm y del 76% para litiasis > 5 mm. Se pueden usar otras técnicas, como por ejemplo la resonancia magnética, que podría ser útil en pacientes embarazadas<sup>4</sup>.

Ante la sospecha de litiasis renal, es muy conveniente hacer un diagnóstico diferencial con las patologías que cursan con dolor abdominal (apendicitis, colecistitis, torsión ovárica o quistes ováricos)<sup>4</sup> utilizando como técnica inicial la ecografía.

La decisión del tratamiento se debe individualizar. Se tiene en cuenta características de la litiasis como tamaño, localización, composición y las preferencias del paciente. El tratamiento de elección es la litotricia extracorpórea, aunque con la aparición de nuevas técnicas, esta puede que sea desbancada próximamente. Otros tratamientos utilizados hoy en día son la ureteroscopia y la nefrolitotomía percutánea. La cirugía abierta laparoscópica, así como robótica, están perdiendo indicaciones<sup>1</sup>.

Respecto al tratamiento, se está observando que la terapia combinada de nefrolitotomía percutánea más litotricia extracorpórea por ondas de choque es más efectiva que la litotricia en monoterapia<sup>2,6</sup>. Siendo el procedimiento combinado el realizado en nuestra paciente.

Por otro lado, respecto al tratamiento antibiótico, se considera que las cefalosporinas de primera y segunda generación no son suficientes dada la alta incidencia de *Enterococcus* asociados a litiasis coraliformes. Sin embargo, no se ha establecido qué antibioterapia es la de elección para el tratamiento ni para las recurrencias<sup>3</sup>. En el caso de nuestra paciente, se decidió el tratamiento con cotrimoxazol 6 meses tras la intervención quirúrgica. A las 4 semanas, la paciente fue valorada por urología. Aunque en las primeras semanas tras la intervención persistía levemente el dolor, a las 4 semanas la paciente estaba asintomática. Por otro lado, se finalizó el tratamiento con cotrimoxazol sin incidencias.

Con este caso podemos objetivar la importancia y el papel que desempeñan los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro medio. La primera anamnesis y exploración física las suelen hacer los profesionales de Atención Primaria. En muchas ocasiones esto será suficiente para hacer una primera aproximación diagnóstica, sin embargo, la reevaluación de situaciones de evolución poco favorable y la utilización adecuada de las pruebas diagnósticas permitirán hacer un diagnóstico más correcto. En la mayoría de las ocasiones, con la anamnesis y la exploración física, el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria es capaz de tratar las patologías de sus pacientes, aunque la disponibilidad de todas las pruebas complementarias permitirá incrementar nuestra capacidad resolutoria.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a todas las personas que me han acompañado, supervisado y apoyado en la redacción de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández I, Brime R, Celada G, Acosta MA, Albers EM, Mejía P, et al. Tratamiento de la litiasis con laparoscopia. Técnicas combinadas [Urinary lithiasis treatment by laparoscopy. Combined techniques]. Arch Esp Urol. 2017 Jan;70(1):235-44.
2. Gonzalo V, Trueba F, Rivera J, Fernández E. Nuestra experiencia en el tratamiento de la litiasis coraliforme (1987-2004). Revisión de resultados. Arch Esp Urol. 2008;61(7):799-807.
3. Sorokin IA, Pearle MS. Medical therapy for nephrolithiasis: State of the art. Asian Journal of Urology. 2018;5:243-55.
4. Luque MP, Salvador R. Diagnóstico y seguimiento radiológico de la litiasis [Diagnosis and radiological follow up of urinary lithiasis]. Arch Esp Urol. 2017 Jan;70(1):51-70.
5. Romano J, Estrada C, Suárez N. Litiasis coraliforme. Aten Primaria. 2019;51(7):452-3.
6. Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales