

## UNA DORSALGIA PELIGROSA

### A DANGEROUS PAIN BACK

Vicente  
González  
Diez<sup>1</sup>

Jorge  
Egocheaga<sup>2</sup>

M<sup>a</sup>  
Montserrat  
Barreiro<sup>3</sup>

Fernando  
Álvarez  
Navascues<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doctor en  
medicina  
Especialista  
en Medicina  
del Deporte  
Servicio de  
Medicina  
Deportiva  
de la

Mancomuni-  
dad de Cabo  
Peñas  
(Asturias)

<sup>2</sup>Doctor en  
medicina  
Especialista en  
Medicina del  
Deporte. G.C  
Covadonga

<sup>3</sup>Licenciada  
en medicina  
Especialista en  
Neumología  
Servicio de  
Neumología II

Instituto  
Nacional  
de Silicosis  
Hospital  
Central  
de Asturias

<sup>4</sup>Licenciado  
en medicina  
Especialista en  
Neumología  
Servicio de  
Neumología  
Hospital  
San Agustín  
de Avilés

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 23 años, piragüista, que había sido diagnosticado en su centro de salud por una contractura dorsal y que estaba siendo tratado desde hacía un mes con antiinflamatorios orales, microondas y ultrasonidos. El paciente refería un cuadro de al menos tres meses de evolución, de dolor a nivel de columna dorsal con irradiación a región costal derecha, que aumentaba con la inspiración y movimientos corporales. En las dos últimas semanas se acompañó de tos, expectoración escasa y de color verde, disnea de esfuerzo y febrícula. Existía una pérdida de 7 Kg de peso en el último año, marcada astenia, anorexia y sudoración profusa de predominio nocturno.

La *exploración física* no reflejaba componentes musculoesqueléticos y si una disminución global de ruidos respiratorios en hemitórax derecho hasta campo medio con matidez a la percusión. Los *estudios complementarios* (radiografía y ecografía de tórax, bioquímica y citología del líquido pleural, etc) mostraban un derrame pleural (Figura 1) con características de exudado y bioquímica compatible con tuberculosis pleural. Se inició un tratamiento específico con rifampicina, isoniacida y pirazinamida con buena tolerancia, resolución del síndrome febril, tendencia a la regresión radiológica y me-

oría clínica, por lo que se procedió al alta hospitalaria y posterior seguimiento ambulatorio.

### DISCUSIÓN

El dolor torácico es uno de los síntomas más alarmantes y una causa habitual de consulta debido al número e importancia de las estructuras que puedan estar implicadas, o de las que

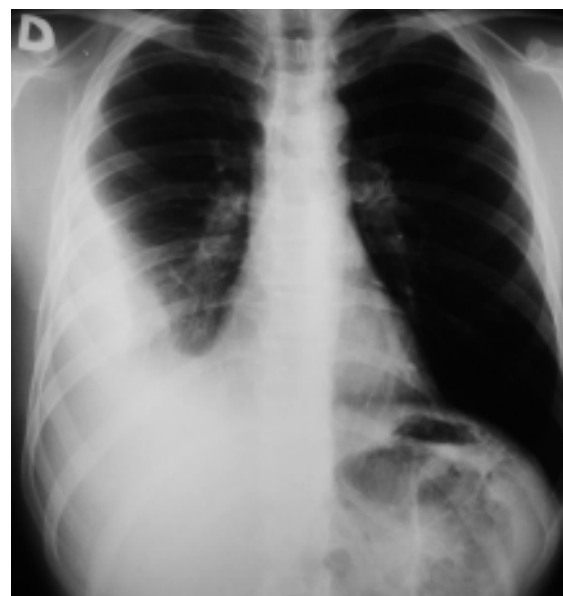
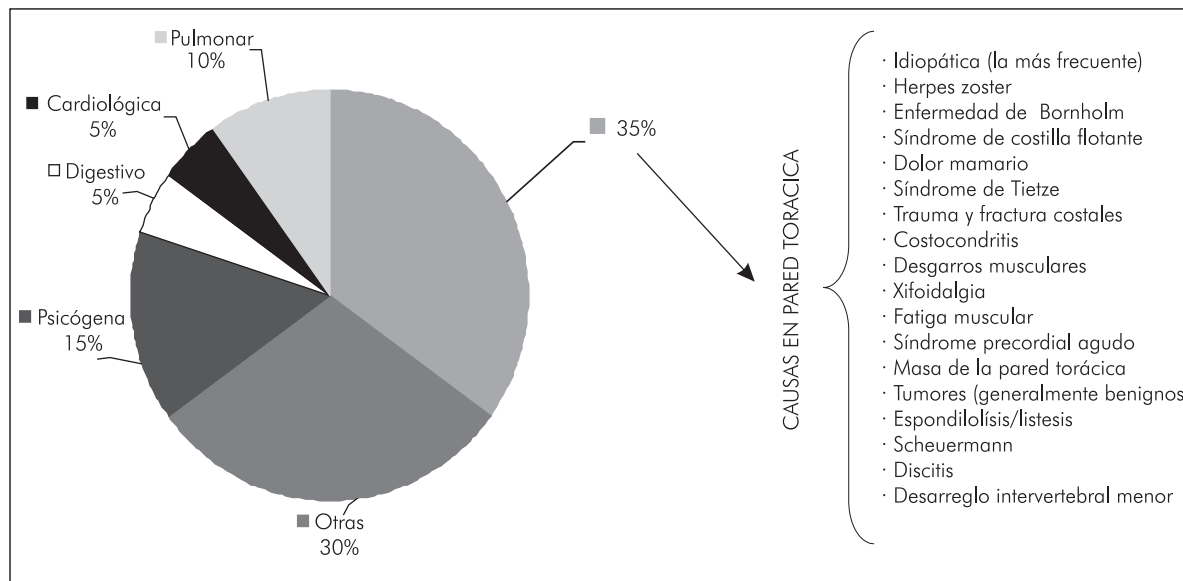


FIGURA 1.

### CORRESPONDENCIA:

Vicente González Diez. Los Tilos, 65 La Fresneda. 33429 Asturias. E-mail: medico@ayto-gozon.com.

Acceptado: 01-02-2005 / Caso Clínico nº 11



**FIGURA 2.**  
Etiología conocida del dolor torácico en jóvenes

un protocolo, en el que la mayoría de las veces, las pruebas complementarias para un diagnóstico preciso, vienen orientadas o sugeridas por una buena historia clínica. De esta forma se consigue seleccionar aquellos pacientes que son candidatos a pruebas especiales, se disminuyen los tiempos para iniciar el tratamiento y se contribuye al ahorro económico del sistema sanitario<sup>6</sup>. En la Tabla I se reflejan las paradojas que se dan en la región torácica y que complican el diagnóstico.

Para definir la gravedad del episodio y tomar una decisión correcta, resulta muy útil que a través del interrogatorio del paciente podamos incluir el cuadro de dolor en uno de estos cuatro grupos:

- *Dolor Pleurítico:* Es agudo e intermitente, aumenta con la tos y la respiración a la que entrecorta (incluso con los cambios posturales); no suele modificarse con la presión sobre la zona dolorosa; es unilateral y de localización anterior en el tórax pudiendo irradiarse en ocasiones a zonas adyacentes.
- *Osteomuscular o de pared torácica:* En el que es importante constatar su aparición con movimientos de los brazos, tronco o cuello, el antecedente de un traumatismo, una ma-

#### Paradojas del dolor torácico

- En la proyección del dolor torácico, varios órganos coinciden en una topografía común. Por eso la exploración abdominal debe ser rutinaria para descartar un origen infradiaphragmático
- La similitud en la clínica de algunas patologías puede llevarnos a graves confusiones.
- No puede olvidarse que un paciente puede sufrir varias patologías a la vez que dificulten el diagnóstico (por ejemplo una hernia de hiato y enfermedad pulmonar).
- Un mismo proceso puede tener diversas manifestaciones
- No tiene porque existir una relación entre la intensidad del dolor y la gravedad del caso; el síndrome de Tietze puede ser insoportable, todo lo contrario que el caso que nos ocupa.
- La percepción e interpretación de estos estímulos por el paciente es sumamente variable y en unos casos el dolor es definido con precisión, mientras que en otros los es de manera mucho más vaga.

**TABLA 1.**

se reflejan en esta área anatómica<sup>1,2</sup>. Las causas probables se acercan a las setenta<sup>3</sup>, pero en el adolescente se reducen a casi la mitad<sup>4</sup>, con una etiología desconocida en el 40 % de estos jóvenes<sup>5</sup>; en el resto, la patología se localiza en la propia pared torácica en muchas ocasiones (Figura 2).

En estos casos es prioritaria una minuciosa anamnesis y una exploración metódica, dentro de

niobra de valsalva violenta. El examen segmentario vertebral nos descartará por ejemplo, un desarreglo intervertebral menor, que una manipulación precisa puede corregir<sup>7</sup>. En pacientes con cervicoartrosis avanzadas pueden existir alteraciones del ECG que recuerdan las de la isquemia miocárdica; comparar registros de ECG anteriores será de gran ayuda.

- *Anginoso*: Es opresivo, quemante, a veces es simplemente una molestia y se localiza en la parte anterior y alta del tórax (retroesternal) pudiendo llegar al epigastrio. Se suele irradiar a miembros superiores, cuello, zona interescapular, etc. Suele existir algún factor desencadenante (ejercicio, estrés psíquico...) y factores de riesgo coronario.
- *Vascular*: (Tromboembolismo pulmonar/ I.A.M): Suele describirse como dolor retroesternal opresivo y acompañarse de disnea, hipotensión, shock entre otros.
- *Psicógeno*: se asocia a estados de ansiedad, no tiene unas características bien definidas: difuso, irradiación no habitual; se suele

acompañar de hiperventilación y en el que es importante el investigar la existencia de episodios anteriores que en muchas ocasiones ya han sido estudiados en algún servicio de urgencias.

## RESUMEN

El dolor de espalda, no tiene que tener necesariamente un origen musculoesquelético, por lo que hemos de ser rigurosos al estudiar nuestros pacientes y contemplar todo tipo de posibilidades<sup>8</sup>. La prescripción de las diferentes terapias, se ha de hacer después de confirmar el diagnóstico en el que los datos del historial clínico, la exploración y la evolución, deben de poner en guardia al clínico frente a patologías no habituales en el día a día del médico deportivo.

La principal enseñanza de este caso clínico, es recordar el concepto global de la medicina que debe regir nuestras actuaciones, con independencia de la especialidad que ejerzamos cada uno y, la necesidad de mantener vínculos con otros profesionales en los que apoyarse.

## B I B L I O G R A F I A

1. Gorenstein A, Witzling M, Haftel LT, Mandelberg A y Serour F. Pleuro-pulmonary involvement in children with blunt splenic trauma. *J of Paediatr and child health* 2003;39: 282-5.
2. Diez JL. *Problemas clínicos en aparato respiratorio*. Toma de decisiones. Madrid: Laboratorios Alter 1996;77.
3. Diez JL. *Problemas clínicos en neumología*. Madrid: McGraw-Hill, 1998;57-74.
4. Aguilar E, Adalid M<sup>a</sup>, Carnicero M. Dolor torácico en pacientes menores de veinte años. *Salud Rural* 1998;5: 17-29.
5. Queiruga JA, Abril JC, Hernández E, Mencía R, Gancedo E. Una dorsolumbalgia infantil. *Medicina Integral* 1998; 31:150-4.
6. Goodacre S, Calvert N. Cost effectiveness of diagnostic strategies for patients with acute, undifferentiated chest pain. *Emerg Med J* 2003;20:429-33
7. Maigne R. *Manipulaciones*. Madrid: Ediciones Norma, 1985:24-8.
8. Caminero Luna JA, Fernández Fau L. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Madrid: Editores Médicos SA, 1998;1: 505-22.