



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



NOTA CLÍNICA

Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas

M.A. Rodríguez-Navarro*, M. García-Muñoz, E. Rubio, J. Alonso, F. Meseguer
y E. Manzano Saro

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

Recibido el 15 de febrero de 2009; aceptado el 19 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Dolor lumbar;
Reemplazo de la válvula;
Embolismo renal;
Anemia hemolítica

Resumen

La patología más frecuente en las unidades de dolor crónico es la lumbalgia. El diagnóstico diferencial entre las diferentes etiologías que pueden causarlo es, a menudo, difícil. Las comúnmente llamadas banderas rojas (*red flags*) de la lumbalgia son una serie de "signos-síntomas" que deben alertarnos acerca de la posibilidad de la gravedad del síntoma y han motivado múltiples trabajos. De la misma forma, nosotros, con la exposición de este caso clínico, queremos remarcar la necesidad de la realización de una detallada historia clínica y la reevaluación de aquellos pacientes que vienen derivados de otras consultas con un diagnóstico previo, puesto que nos puede evitar errores de diagnóstico y tratamiento.

Presentamos el caso de un enfermo de 55 años, remitido a la unidad de dolor crónico por medicina interna, con el diagnóstico de lumbalgia crónica, en tratamiento con analgésicos, sin respuesta eficaz. Durante los dos últimos años el paciente refería dolor en la zona dorsal baja y lumbar, de intensidad moderada/severa. Como antecedentes patológicos de interés había sido intervenido de una afección mitral, con la implantación de una válvula mecánica 17 años antes. Los episodios de dolor crónico se exacerbaban con crisis de dolor agudo en la zona dorsal baja irradiado a la región lumbar e inguinal. Aunque las crisis de anemia hemolítica aguda pueden cursar con dolor lumbar, este antecedente no se tuvo en cuenta como probable origen del dolor. En la resonancia magnética (RM) lumbar se apreciaban cambios degenerativos con polidiscopatía L4-L5, L5-S1 y signos de artrosis interapofisaria. El reemplazo de la válvula protésica malfunctionante por una nueva finalizó con la hemólisis y el dolor lumbar. El paciente permanece asintomático un año después.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marodrigueznavarro@yahoo.es (M.A. Rodríguez-Navarro).

KEYWORDS

Lumbar pain;
Valve heart
replacement;
Renal embolism;
Hemolytic anemia

Lumbar pain as an uncommon manifestation of valvular disease: an example of the difficulty of etiologic diagnosis of chronic low back pain

Abstract

Low back pain is the most frequent complaint in chronic pain units. The differential diagnosis among the distinct causes is frequently difficult. The “red flags” of low back pain consist of a series of “signs and symptoms” that should warn clinicians of the possibility of the severity of the symptom and have been the subject of numerous publications. The present case report aims to highlight the need to take a detailed clinical history and to reevaluate patients with a prior diagnosis referred by other services in order to avoid diagnostic and treatment errors.

We present the case of a 55-year-old man, who was referred to the chronic pain clinic by the internal medicine service, with a diagnosis of chronic low back pain unresponsive to analgesics. For the previous 2 years, the patient had reported moderate-severe pain in the lower dorsal and lumbar region. Seventeen years previously, a prosthetic mitral valve had been implanted. The patient’s chronic pain episodes were exacerbated by crises of acute pain in the lower dorsal region radiating to the lumbar and inguinal areas. Although acute hemolytic anemia is described as an etiology of low back pain, this antecedent was not taken into account as a probable cause of the pain. Lumbar magnetic resonance imaging showed degenerative osteoarthritis. Replacement of the prosthetic valve resolved the lumbar pain and hemolysis. One year later, the patient remains asymptomatic.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La lumbalgia es uno de los síntomas más frecuentemente evaluados en las unidades de dolor crónico. El correcto diagnóstico y tratamiento de dicho síndrome es siempre difícil, dado que su etiología es múltiple¹ (tabla 1). Describimos el caso de un paciente con una disfunción valvular motivada por una prótesis mitral implantada 17 años antes, en el que la etiología del dolor se atribuyó a una patología osteomuscular y, por tanto, tratada en consecuencia sin ninguna mejoría.

Dentro de las complicaciones de la implantación de una válvula mitral mecánica se han descrito embolismo, sangrado, hemólisis o anemia hemolítica^{2,3}. La disfunción cardíaca puede causar también embolismo renal y lumbalgia^{4,5}; sin embargo, este último síntoma no se tuvo en cuenta.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 55 años, que fue remitido a nuestra unidad de dolor crónico por lumbalgia de más de 2 años de evolución. El paciente había sido intervenido 17 años antes para la implantación de una prótesis de válvula mitral y desde entonces presentaba fuga periprotésica, con hemólisis leve, en tratamiento con hierro, ácido fólico y anticoagulado con anticumarínicos.

El sujeto refería dolor basal continuo en la zona lumbar, de intensidad leve, con una puntuación de 3 en la escala analógica visual, con exacerbaciones hasta una puntuación de 8, de predominio nocturno y frecuencia casi diaria. El dolor se localizaba en la zona dorsolumbar con irradiación

hacia el área inguinogenital, más acusado en el lado derecho, pero de afectación bilateral. La duración de dichos episodios era variable, desde minutos a horas, comparándolo el paciente con una sensación de quemazón y agujetas. Presentaba mejoría discreta con ejercicio. No refería otros síntomas, como parestesias ni alteraciones del sueño.

En la exploración, no presentaba limitación de la movilidad de la columna vertebral, tenía un discreto dolor a la flexión y signo del arco negativo, y palpación no dolorosa de las apófisis espinosas. Se identificaron puntos gatillo en la zona paravertebral, más relevantes en musculatura correspondiente al músculo cuadrado lumbar derecho; las pruebas para afectación del psoas y la articulación sacroilíaca derecha fueron positivas. No presentaba afectación de la sensibilidad.

La resonancia magnética (RM) de la columna músculo dorsolumbar informó “polidiscopatía con cambios degenerativos en L4-L5, L5-S1 (disminución de intensidad de señal en T2 de los discos), sin improntas discales significativas sobre el canal medular y signos de artrosis interapofisaria dorsolumbar”. La hemoglobina era de 10 g/dl.

El juicio clínico estimado fue dorsalgia y lumbalgia secundarias a un síndrome miofascial y polidiscopatía degenerativa. Se instauró tratamiento médico con pregabalina, tramadol y paracetamol; recibió electroterapia transcutánea. Se practicó una infiltración con corticoides y anestésico local en los puntos gatillo correspondientes al músculo cuadrado lumbar derecho y las facetas lumbares bilaterales; ninguna de las medidas terapéuticas mejoró la lumbalgia. Se trató entonces con fentanilo transcutáneo; el paciente apreció una leve mejoría.

Se revaluó al sujeto a los 3 meses de tratamiento. En la

Tabla 1 Causas de lumbalgia

Lumbalgias mecánicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lumbalgias por alteraciones estructurales (espondilólisis, espondilolistesis, escoliosis, patología discal, artrosis interapofisaria, dismetrias pélvicas, embarazo, sedentarismo, hiperlordosis) 2. Lumbalgias por traumatismo: distensión lumbar, fractura, subluxación de la articulación, espondilolistesis y fractura traumática
Lumbalgias no mecánicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lumbalgias inflamatorias: espondiloartritis anquilosante, espondiloartropatías 2. Lumbalgias infecciosas: agudas y crónicas 3. Lumbalgias tumorales 4. Lumbalgias no vertebrales y viscerales (dolor referido): patología osteoarticular no vertebral (dolor de cadera, articulación sacroilíaca), patología gastrointestinal (ulcus, tumores, diverticulitis, etc.), patología vascular (aneurisma aórtico), patología retroperitoneal (hemorragia, linfoma, absceso del psoas), patología genitourinaria (endometriosis, embarazo ectópico, riñón, urolitiasis)
Otras lumbalgias no mecánicas	Enfermedades endocrinas (osteoporosis con fracturas, alteración paratiroides, condrocalcinosis), hematológicas (hemoglobinopatías, mastocitosis), enfermedad de Paget, sarcoidosis, fibromialgia

Tabla 2 Banderas rojas (*red flags*) de la lumbalgia

Possible neoplasia o infección	Possible fractura por compresión	Possible síndrome de la cauda equina
Edad: > 50 años o < 20 años Historia de cáncer Pérdida inexplicable de peso Factores de riesgo para infección espinal: infección bacteriana reciente, adicción a drogas por vía intravenosa Inmunosupresión (corticoterapia, trasplante o virus de la inmunodeficiencia humana) Dolor nocturno severo o que empeora en posición supina	Trauma menor o esfuerzo de levantamiento, especialmente en el adulto mayor o paciente osteoporótico Trauma mayor (accidente con vehículo, caída de altura) Uso de corticoides	Anestesia en "silla de montar" Inicio reciente de la disfunción vesical con síntomas tales como: retención urinaria, incremento de la frecuencia e incontinencia "por sobreflujo" Déficit neurológico severo o progresivo en miembros inferiores, caracterizados por debilidad muscular y "pie equino" (<i>foot drop</i>) Laxitud esfinteriana, pérdida sensorial perineal/perianal

analítica se apreció un incremento de los parámetros mediadores de hemólisis: descenso de hemoglobina (9,6 g/dl), hemoglobinuria 250 eritrocitos/campo, elevación de lacto-deshidrogenasa (LDH 4.806 U/l) y bilirrubina total 4,38 mg/dl. En la ecocardiografía se evidenciaron una dilatación ventricular y una estenosis mitral severa con fuga perivalvular y elevado gradiente de presiones. El paciente fue remitido al cirujano cardiovascular e intervenido para reemplazar la válvula protésica malfuncionante.

Después de la intervención, transcurrido un año, el enfermo permanece sin dolor lumbar.

Discusión

Algunas de las razones que hacen que el diagnóstico correcto y, por ende, el tratamiento de las lumbalgias crónicas sean habitualmente difíciles de establecer son, por un lado, el hecho de que la etiología de la lumbalgia crónica puede ser múltiple¹ y, por otro, la conclusión, constatada por di-

versos trabajos y por nuestra práctica diaria, de que no siempre imagen y clínica van de la mano en el dolor crónico. El hallazgo, frecuente, de alteraciones patológicas en las pruebas de imagen en individuos sin dolor (o con dolor no compatible con la alteración anatómica), así como lo inverso, es decir, normalidad de dichas pruebas, en pacientes con clínica de lumbalgia (pacientes sintomáticos con RM normal)^{6,7} deben hacer reflexionar al clínico sobre la importancia de una historia clínica exhaustiva, para llegar a un juicio clínico acertado.

Como otros autores han publicado, en la evaluación del dolor lumbar se deben tener en cuenta las causas extraespinales y sobre todo debemos asegurarnos de que la causa de este es "benigna"⁸ (tabla 2).

La RM se usa frecuentemente para evaluar los episodios de dolor lumbar severo que cumplen una serie de requisitos⁹. En nuestra clínica, con el propósito de detectar las enfermedades orgánicas y las lesiones extraespinales, se realiza un examen físico completo, una evaluación neurológica y evaluación de las prueba de laboratorio habituales, o

aquellos específicos según la patología del paciente. En este sujeto, destacaba la anemia hemolítica, previamente conocida y en tratamiento; la RM mostraba cambios degenerativos, lo que nos hizo interpretar dichos hallazgos como la causa anatómica del dolor.

La anemia hemolítica puede producir dolor lumbar¹⁰, aunque no hemos encontrado en la literatura científica ningún caso en el que ésta sea la causa etiológica de dolor lumbar crónico.

La disfunción cardíaca secundaria a patología valvular puede estar asociada a hemólisis, anemia hemolítica, hemosideruria y embolismos de repetición con infartos renales secundarios^{4,5,11}. La lumbalgia se explica tanto por la existencia de pequeños infartos en el territorio renal, como por la hemosideruria, que podría ser la causante de pequeños cólicos renales. En nuestro paciente, la prevención de embolismos se había hecho con dicumarínicos, pero la disfunción de la válvula mecánica desde su implante, 17 años antes, provocaba una fuga periprotésica leve/moderada que producía la hemólisis y la anemia. La indicación de reintervención y remplazo valvular por disfunción de la válvula se establece ante complicaciones graves, como fallo valvular primario, episodios de tromboembolismo, fuga perivalvular moderada-severa, endocarditis y hemólisis grave¹².

La mayoría de los pacientes que tienen una hemólisis debida a la fuga perivalvular son tratados con fármacos (hierro y ácido fólico); nuestro paciente recibió dicho tratamiento 17 años; sin embargo, durante los dos últimos años la disfunción aumentó y con ello, la hemólisis y la lumbalgia. Después de la reintervención, la hemólisis cedió y el paciente no manifestó dolor.

Como hemos mencionado, la isquemia renal como causa inusual de dolor lumbar se ha descrito previamente en una enferma con una válvula mitral dañada⁴. Coincidimos con los autores de este trabajo en su afirmación de que esta manifestación clínica inespecífica puede ser causante del diagnóstico tardío y del tratamiento inadecuado, y que ese síntoma se atribuye erróneamente a otras entidades más comunes¹³.

Conclusiones

El diagnóstico etiológico del dolor lumbar es difícil; las causas extraespinales deben evaluarse cuidadosamente para detectar los diagnósticos “no comunes” de la lumbalgia. En

nuestro paciente, la interpretación de una RM con alteraciones anatómicas compatibles con dolor osteomuscular retrasó el correcto diagnóstico y tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*. 2000; 12:143-9.
2. Ishibashi N, Kasegawa H, Koyanagi T, Ida T. Mechanism of hemolysis after mitral valve repair and new surgical management: prosthetic annuloplasty ring covered with autologous pericardium. *J Heart Valve Dis*. 2005;14:588-91.
3. Shingu Y, Aoki, Ebuoka N, Eya K, Takigami K, Oba J, et al. A surgical case for severe hemolytic anemia after mitral valve repair. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;11:198-200.
4. Xambre L, Cerqueira M, Silva V, Almeida M, Prisco R, Carreira F, et al. Isquemia renal aguda: causa rara de lumbalgia. *Actas Urol Esp*. 2005;29:322-31.
5. Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Giora M. Acute renal infarction: clinical characteristics of 17 patients. *Medicine*. 1999;78:386-94.
6. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic resonance scans of lumbar spine in asymptomatic subjects. *J Bone Joint Surg* 1990;72:403-8.
7. Jeusen MC, Brant-Zawazki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331:69-73.
8. Secking H, Babek M, Dogan S, Keyik B, Yigitkanli K. Is every chronic low pain benign? Case report. *Surg Neurol*. 2006;66:357-60.
9. Carrage E, Alamin T, Cheng I, Franklin T, Van den Haak, Hurwitz. Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? *Spine J*. 2006;6:624-35.
10. Vieira ML, Schmidt ML, De Resende Mv, De Andre Junior LS. Multiple embolisms in a female patient with infective endocarditis. Low pain and hematuria as initial clinical manifestations. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78:592-7.
11. Tsuji A, Tanabe M, Onishi K, Kitamura T, Okinaka T, Ito M. Intravascular hemolysis in aortic stenosis. *Intern Med*. 2004;43:935-8.
12. Masri Z, Girardet R, Attum A, Barbie R, Yared I, Lansign A. Reoperation for prosthetic heart valve dysfunction. *Clinic Invest*. 1990;17:106-11.
13. Seijas MC, Barquintero C. Lumbalgia. Urgencias en atención primaria. *Jano*. 2004;66:9-15.