



## ¡NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON IGUALES!



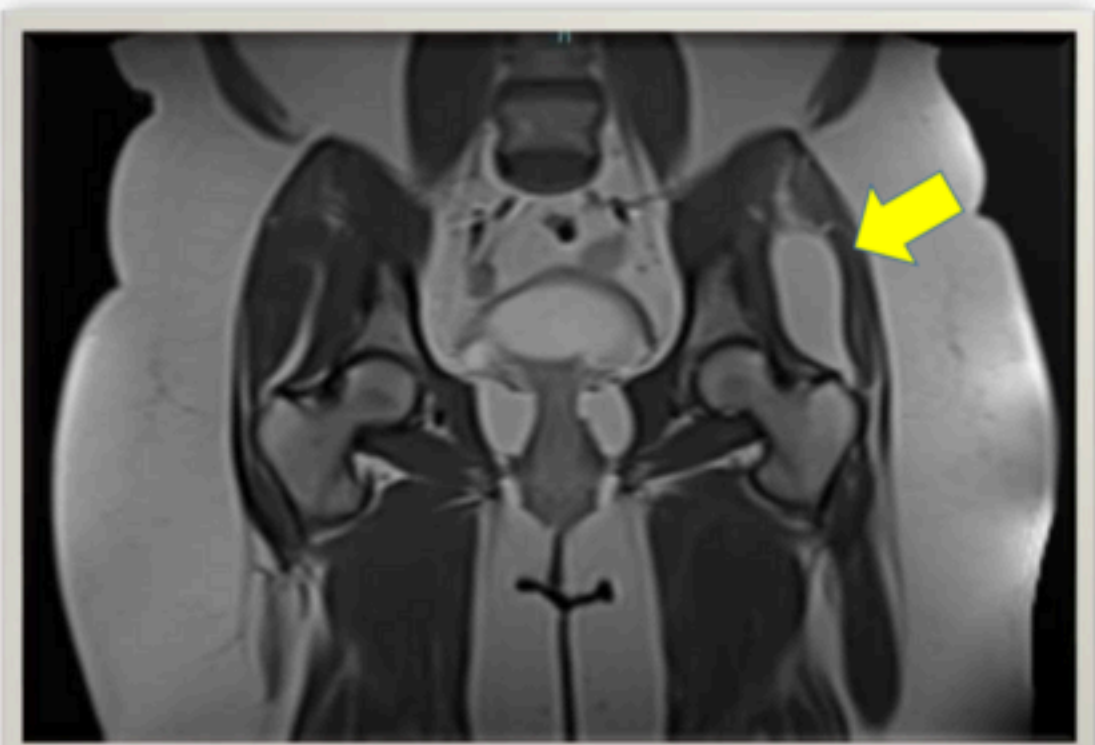
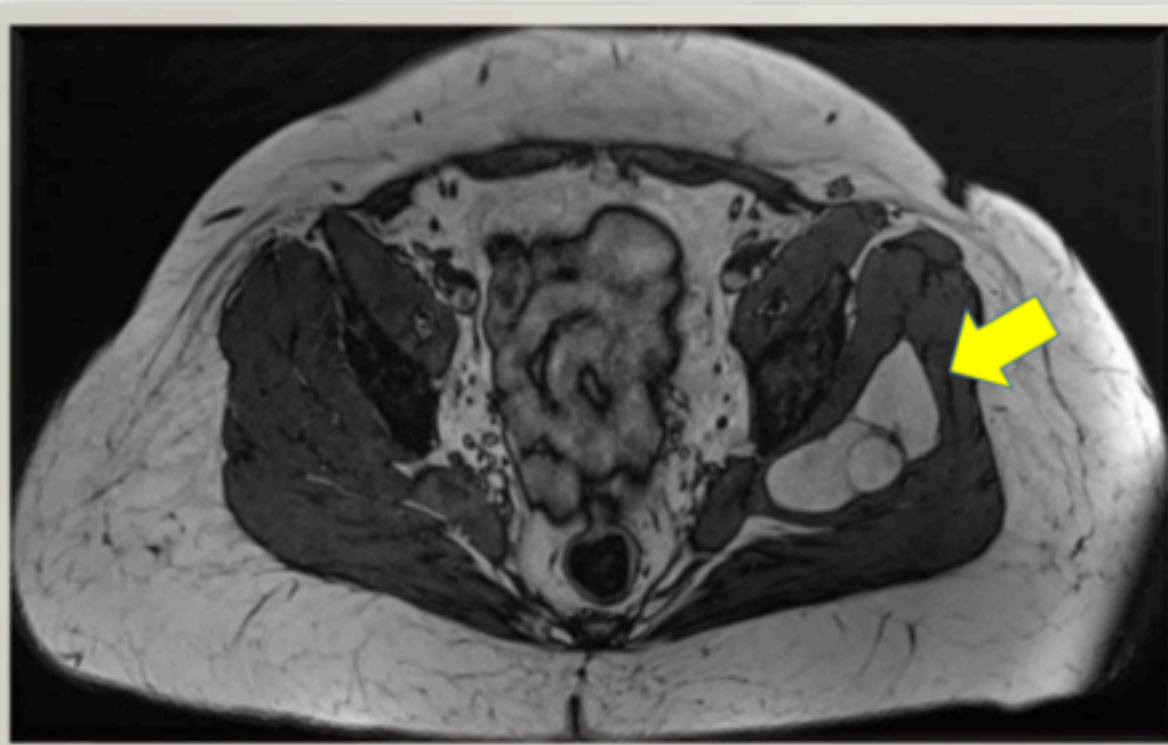
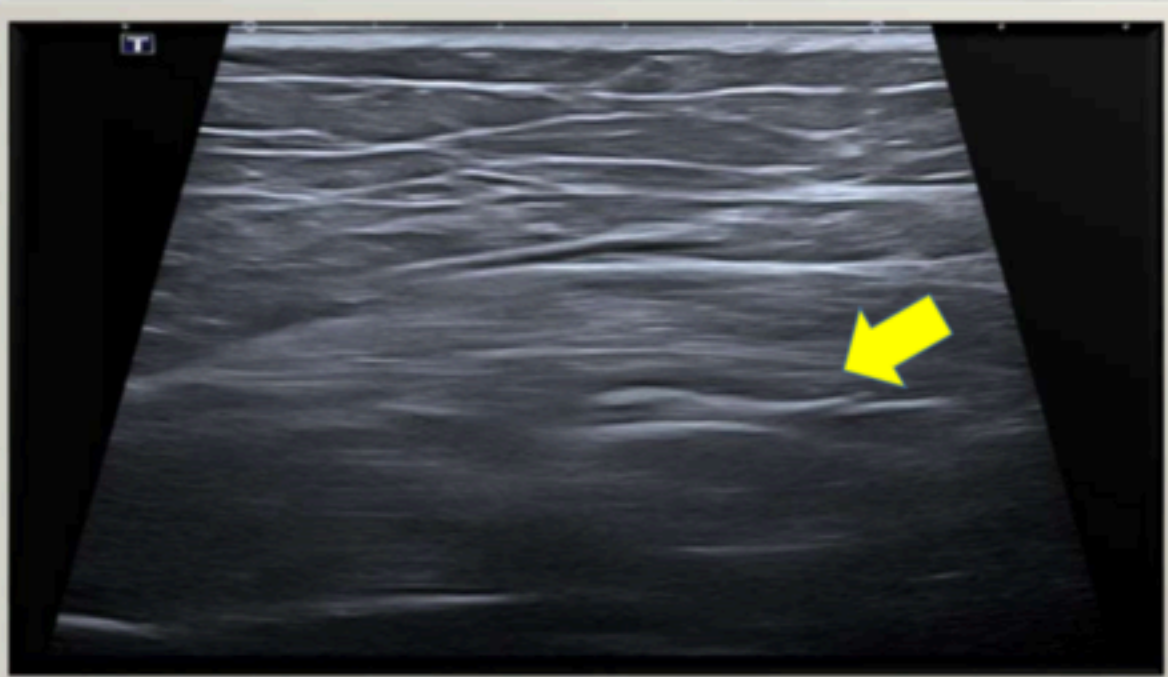
**R. Chacón, P. Magalló, S. Marmaña, J. Coma, M. Polanco, C. Gracia, M. Moncho.**  
**Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Complex Hospitalari**  
**Moisés Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.**

### Introducción

La lumbalgia afecta al 70-80% de la población general en algún momento de su vida, de las que aproximadamente un 15% tienen una causa conocida, el resto, se consideran inespecíficas o inclasificables y este puede ser uno de los motivos por el cual el tratamiento convencional podría fracasar. Debido a ello es de vital importancia intentar conocer el origen del dolor lumbar de cada uno de nuestros pacientes.

### Caso clínico

Mujer de 53 años con alergia a paracetamol, metamizol y AINES inhibidores de la COX-1 además de asma bronquial que es derivada a Unidad de Dolor por lumbalgia izquierda. La paciente describe aumento progresivo de dolor a nivel lumbo-sacro, glúteo y trocánter izquierdo de 4 meses de evolución sin desencadenante claro. Relata episodios diarios (1-4) de dolor de elevada intensidad de unos 30 minutos de duración que empeoran con los movimientos, la posición mantenida, deambulación y siempre ubicado en un mismo punto. Irradia por cara póstero-lateral de dicha extremidad hasta la rodilla. Valorada inicialmente por Médico de Atención Primaria quien realizó infiltración a nivel de trocánter con mejoría parcial. En nuestra primera valoración optamos por ajustar analgesia (iniciamos celecoxib 200 mg/24h y tramadol 50 mg/12h) y solicitamos resonancia lumbar. En RM se observan signos de espondilosis, artrosis interapofisaria y pequeños abombamientos discuales no compresivos en L4-L5 y L5-S1. Dado que los hallazgos no justificarían la clínica se opta por ampliar estudio con RM de articulaciones sacro-iliacas objetivando tumoración lipomatosa intermuscular entre vientres musculares de glúteo menor y medio izquierdos confirmándose con RM de pelvis con contraste. Ante dicho escenario y obteniendo únicamente mejoría parcial con tratamiento analgésico convencional (60-70%) se solicita valoración por cirugía. Se realiza biopsia y se orienta como lipoma con indicación quirúrgica por dolor. Se realiza exéresis del mismo sin incidencias en régimen de CMA. Seis días después presenta dolor brusco en dicha extremidad habiéndose descartado TVP se inicia pregabalina durante 2 meses con desaparición total del dolor. Actualmente asintomática.



### Conclusiones

Los tumores benignos del tejido adiposo pueden aparecer en cualquier localización del cuerpo. Aunque la mayoría se localizan en tronco y cuello, en los muslos y los glúteos no son infrecuentes. Ante una lumbalgia que no responde a los tratamientos habituales y tras haber descartado mediante pruebas complementarias las etiologías más frecuentes, dentro del diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta otras posibles etiologías como por ejemplo los lipomas intermusculares.

#### Bibliografía:

-Ramos-Pascua LR, Guerra-Álvarez OA, Sánchez-Herráez S, Izquierdo-García FM, Maderuelo-Fernández JÁ. Intramuscular lipomas: large and deep benign lumps not to underestimated. Review of a series of 51 cases. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 2013 Nov-Dec;57(6):391-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24183389/> -Kaeser MA, Smith LW, Kettner NW. A case report of an intermuscular lipoma: presentation, pathophysiology, differential diagnosis. J Chirop Med [Internet]. 2010 Sep; 9(3): 127-131. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188344/>