Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):28

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2218 - DOLOR LUMBAR QUE NO CEDE

S. Crespo González[a], R. Pérez Bol[b], B. Augusto Rendo[c] y V. Crespo González[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Nueva Montaña. Santander. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. [c]Enfermera. Centro de Salud Cudeyo. Solares. [d]Auxiliar Administrativo. Hospital de Laredo. Laredo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años sin antecedentes personales de interés que refiere lumbociática derecha desde hace un mes, de carácter inflamatorio, que no cede con analgesia ni antiinflamatorios. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor lumbar muy intenso con cualquier movimiento en la columna, Lasegue positivo a 30º en pierna derecha. Fuerza conservada. No déficit sensitivo. Reflejos miotáticos: 2/4 rotulianos y aquileos en ambas piernas. Hemograma: normal salvo elevación de la VSG y la PCR. RMN lumbar: hallazgos sugestivos de espondilodiscitis en el espacio L4-L5.Se realizó punción guiada por TC, en el gram y el cultivo no se evidenció crecimiento de gérmenes. Tratamiento: corsé dorso-lumbar y antibiótico empírico durante 7 semanas con buena evolución clínica.

Juicio clínico: Espondilodiscitis L4-L5.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartrosis. Espondilitis anquilosante.

Comentario final: La espondilodiscitis es una infección poco frecuente que afecta a las vértebras y los espacios intervertebrales. Hay 3 formas clínicas: hematógena, la más común, secundaria a infecciones de origen extraespinal como infecciones urinarias, de piel, partes blandas o respiratorias; posquirúrgica o postraumática, por inoculación directa de bacterias tras cirugía o traumatismo vertebral; y por contigüidad, por extensión a la columna vertebral de procesos infecciosos de vecindad. Puede estar producida por una gran variedad de microorganismos, *S. aureus* es la bacteria más frecuente. Debe sospecharse en todo paciente con lumbalgia subaguda inflamatoria y elevación de reactantes de fase aguda. La RM y la TC son las técnicas de imagen de mayor sensibilidad. Su diagnóstico etiológico debe confirmarse mediante hemocultivos o biopsia vertebral. Actualmente, la mayoría de los pacientes pueden ser tratados de manera exclusiva con antibióticos, y la cirugía es necesaria en 10 a 25% de los casos. La infección puede extenderse y producir graves complicaciones quirúrgicas como la compresión medular o el absceso epidural.

Bibliografía

1. Telo Crespo R, Telo Haedo RW, Alemán Cruz PN, Rodríguez Torres Y. Espondilodiscitis

infecciosa. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2012;26:53-63.
2. Torda AJ, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. Clin Infect Dis. 1995;20:320-8.

Palabras clave: *Espondilodiscitis. Osteomielitis vertebral.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.