Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2105

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2533 - DOLOR LUMBAR ¿Y ALGO MÁS?

G. Pérez Darnaudguilhem[a], I. Valle Escamilla[b], F. Abadin López[c], E. López Victoria[d], A. Escribano Ocón[e] y D. Bellido Pastrana[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UDAFYC. Ciudad Real. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real I. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real III. [e]Médico de 3er año de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [f]FEA Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 85 años con antecedentes de HTA, DL, IAM y enfermedad coronaria de 3 vasos intervenida (en seguimiento por Cardiología), ulcus duodenal, gastritis crónica tipo “water-melon” y angiodisplasia de colon (en seguimiento por Digestivo), y cáncer de próstata (en seguimiento por Urología), IABVD, que consulta en reiteradas ocasiones en la Consulta de Atención Primaria por dolor lumbar de larga evolución que ha empeorado en los últimos 10 días, sin antecedente traumático. Se acompaña de fiebre vespertina de 38 ºC desde hace 3 días, sin otra sintomatología acompañante. Tras el diagnóstico se pautó tratamiento (antibiótico, sintomático, ortopédico) y evolucionó favorablemente siendo dado de alta.

Exploración y pruebas complementarias: Se solicita analítica con parámetros alterados y radiografía de columna lumbar donde se aprecia borramiento del platillo inferior de L2 y superior de L3. Se interconsulta con Medicina Interna y se decide ingreso para ampliar estudio, realizándose gammagrafía ósea y RMN objetivándose espondilodiscitis lumbar L2-L3, hemocultivos aislándose Enterococcus faecalis, y ecocardiogramas transtorácico y transesofágico con objetivación de endocarditis con afectación mitral.

Juicio clínico: Endocarditis por E. faecalis con IM moderada-grave (por rotura de cuerdas tendinosas) y espondilodiscitis L2-L3 secundaria (émbolo séptico).

Diagnóstico diferencial: Artritis no infecciosa, artrosis, fractura, neoplasia.

Comentario final: Ante un dolor lumbar de larga evolución, y especialmente en pacientes ancianos, debemos pensar en otras causas menos típicas como en este caso, en el que a raíz de una endocarditis por Enterococcus faecalis se formó un émbolo séptico que terminó en la columna lumbar produciendo una espondilodiscitis con la consecuente lumbalgia que aquejaba nuestro paciente. La analítica y la radiografía son herramientas básicas de las que disponemos en la consulta de Atención Primaria, por lo que debemos manejarlas bien. Desgraciadamente, otras pruebas no están actualmente a nuestro alcance por lo que es fundamental la comunicación con los diferentes servicios hospitalarios para el diagnóstico de casos más complejos.

Bibliografía

1. García F, Fernández-Sola A, et al. Espondilodiscitis causada por enterococo: una entidad inusual. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1995;13:473-6.
2. Wessels MR. Infecciones estreptocócicas y enterocócicas. En: Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012. p. 1067-76.
3. Gavalda J, Capdevila JA. Enterococcal spondylodiscitis. Clin Infect Dis. 1996;22:1135.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Endocarditis. Enterococo.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.