



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/176 - CUANDO UNA LUMBALGIA CRÓNICA ENMASCARA UN PROCESO AGUDO

D. San José de la Fuente¹, O. Casanueva Soler², C. Marinero Noval³, R. Maye Soroa², M. Alonso Santiago², L. Rodríguez Vélez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años que acude a consulta por dolor lumbar de varios días de evolución, bilateral de predominio izquierdo, irradiado a miembros inferiores y que no cede con su tratamiento habitual. Refiere estreñimiento de una semana de evolución, que achaca a su medicación. Sin otra clínica acompañante. Como antecedentes personales de interés, el paciente estaba diagnosticado de espondiloartrosis, estenosis de canal, hernia lumbar L4-L5 y radiculopatía L3 izquierda, mediante RMN realizada 3 meses antes. Se encontraba en tratamiento con pregabalina 150 mg, naloxona 10 mg + oxicodona 5 mg, Celecoxib, Zolpidem, Nolotil y paracetamol. En la exploración física presenta dolor a la palpación paravertebral lumbar y glútea bilateral, con signo de Lasègue y Bragard (+) a 10° 30° en lado izquierdo y derecho respectivamente. No presenta alteraciones sensitivas. Se realizó ajuste del tratamiento domiciliario del paciente.

Exploración y pruebas complementarias: A las 3 semanas consulta de nuevo por empeoramiento progresivo de la clínica, con mucha dificultad para la deambulación, dolor abdominal generalizado, sensación nauseosa y notable estado de ansiedad. Se decidió trasladado al hospital de zona para administración de analgesia endovenosa y realización de pruebas complementarias. A su llegada al servicio de urgencias presentaba: TA 156/89, FC 92, Tª 37,1 °C. Análisis de sangre: leucocitos 15.000. PCR 136. VSG elevada. Resto de hemograma, bioquímica y coagulación normal. Análisis de orina: sin hallazgos patológicos. TAC torácico abdominal que se completó posteriormente con RMN: hallazgos compatibles con espondilodiscitis L1-L2 con severa afectación del espacio discal y de ambos cuerpos vertebrales, con destrucción de los platillos vertebrales y reacción inflamatoria flemonosa de partes blandas pre y paravertebrales bilaterales. Abombamiento del muro posterior sin invasión intrarraquídea ni afectación del tallo medular. Hallazgos previos. Prueba de la tuberculina negativa. Hemocultivos estériles. Punción-aspiración con aguja fina y cultivo: Staphylococcus aureus resistente a meticilina.

Juicio clínico: Espondilodiscitis L1-L2 por Staphylococcus aureus resistente a meticilina.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos: osteomielitis vertebral, absceso de psoas, epidural o de estructuras pélvicas, tuberculosis vertebral, brucellosis. Procesos inflamatorios o traumatológicos: fracturas y hernias discales, espondilitis anquilosante, necrosis avascular del cuerpo vertebral, Enfermedad de Scheuermann. Tumorales: osteoma osteoide, osteoblastoma, metástasis vertebrales. Espondilolistesis.

Comentario final: Tras el ingreso se inició tratamiento con vancomicina intravenosa de forma empírica, que se mantuvo durante 2 semanas. Posteriormente se desescaló a cotrimoxazol y rifampicina oral, con buena tolerancia y disminución progresiva de los reactantes de fase aguda. Se reajustó tratamiento analgésico. Tras un mes de ingreso hospitalario, se dio el alta a domicilio manteniendo el tratamiento antibiótico y analgésico hasta revisión a las 2 semanas. En este caso, encontramos a un paciente con patología lumbar conocida y estudiada, de años de evolución, que presenta un empeoramiento de la clínica. Aunque es habitual en este tipo de pacientes el empeoramiento progresivo de la clínica y la necesidad de ajuste de tratamiento, no se deben olvidar otras posibles causas de lumbalgia, de mayor gravedad y susceptibles de recibir otro tipo de tratamiento.

Bibliografía

Fiter J, Gómez Vaquero G, Nolla JM Espondilodiscitis infecciosas. Una visión actual de un viejo problema. Rev Esp Reumatol.