



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1584 - La lumbalgia, motivo frecuente de consulta no siempre banal

M. Elsayed Soheim^a, M. González Ruíz^b, J. Gutiérrez Sainz^c, M. Lara Torres^d, G.A. Sgaramella^e, J.J. Parra^f, S.F. Pini^g, L. López Mallavia^h, L. Barrio Fernándezⁱ y Z. Soneira Rodríguez^j

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Dávila. Santander. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ^eMédico de Familia. Hospitalización a domicilio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^gMédico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ⁱMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años que consulta por lumbalgia. AP: HTA y DM tipo II en tratamiento con enalapril y sulfonilurea. Vida activa e independiente. Describe dolor desde hace dos meses en región sacro-lumbar irradiado a glúteo y miembro inferior derecho por la cara posterior hasta el hueco poplíteo. Además, disestesias y escasa respuesta a los tratamientos que se le han pautado en las visitas que ha hecho a su médico de atención primaria y servicios de urgencias, en los cuales ha sido diagnosticada en 9 ocasiones de lumbociatalgia derecha. En la anamnesis por aparatos, además, refiere astenia, hiporexia y pérdida no cuantificada de peso. En la exploración física, destaca la importante limitación funcional por dolor que obliga a la paciente a estar encamada y fiebre de 38,5 °C, motivo por el cual es derivada a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Postura antiálgica con semiflexión de extremidad inferior derecha, Normocoloreada, normohidratada, normoperfundida, eupneica, obesidad grado II. FC: 105 lpm, FR: 16 rpm, Tª 38,8 °C. TA: 155/92. CyC: sin hallazgos. ACP: tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Buena ventilación bilateral. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. EEII: signos de insuficiencia venosa crónica. No edemas. Pulsos distales simétricos. Gonartrosis bilateral. Dolor a la palpación de apófisis espinosas de columna dorsal baja y lumbar alta. Limitación a la movilización de cadera por dolor. Fabers negativo bilateral. ROT no explorables. RCP: flexor bilateral. Lassegue y Bragard izquierdos, positivos a 40º, siendo imposible explorarlos en el lado derecho por el dolor. En cuanto a las pruebas complementarias: HG: leucos 16.790 (N: 75,3%) Hb: 11,3. BQ: PCR: 23 y patrón de colestasis disociada. CO y GSV: normales. Rx tórax: ICT discretamente aumentado. Rx columna dorso-lumbar: cambios degenerativos. Listesis L5-S1 y disminución del espacio articular de la articulación sacroilíaca derecha. Hemocultivos: positivo para *Brucella melitensis*. Serología: Rosa de Bengala positivo 1/2.560. Test de Coombs: 1/40.960 positivo. RMN: espondilodiscitis L5-S1. Sacroileítis derecha.

Juicio clínico: Sacroileítis derecha con espondilodiscitis L5-S1 de origen Brucelar.

Diagnóstico diferencial: Espondilitis anquilosante. Artritis reumatoide. Pielonefritis. Osteomielitis tuberculosa. Mieloma múltiple. Linfoma. Enfermedad metastásica.

Comentario final: Debemos evitar banalizar los motivos de consulta frecuentes. El diagnóstico diferencial de lumbalgia, es amplio, incluyendo causas degenerativas, problemas del sistema urinario o ginecológicos, y enfermedades reumatológicas, infecciosas o neoplásicas. Es importante detectar los síntomas de alarma como la fiebre, síntomas constitucionales, falta de respuesta a los tratamientos convencionales, clínica progresiva, persistencia del dolor en reposo, antecedentes de cáncer o la edad mayor a 50 años. Todos estos datos acompañados de anormalidad en las pruebas complementarias analíticas y radiológicas, nos deben hacer poner en marcha una estrategia diagnóstica de complejidad progresiva encaminada a filiar etiológicamente el proceso para tratarlo adecuadamente. La espondilodiscitis infecciosa, no es una circunstancia excepcional en nuestro medio. Sin embargo, parece que la sensibilidad del profesional hacia esta patología es baja, y por ello, se ve con frecuencia retrasos importantes en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams D. Approach to the patient with Neck and Low Back Pain. En: West S, ed. Rheumatology secrets. Hanley Belfus Inc., 1997:348-53.
2. Lipson S. Low Back Pain. En: Kelley W, Harris E, Ruddy S, Sledge C, eds. Textbook of Rheumatology. Philadelphia: WB Saunders, 1997:439-56.