



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2533 - Lumbalgia... ¿mecánica o inflamatoria?

J.I. Giménez^a, Y. Reverte Pagán^b, C.M. Cano Bernal^b, D. Fernández Camacho^c, L. Blázquez González^b, B. Sánchez García^d, M.C. Quesada Martínez^c, M. Rosell Almansa^e, M.I. García Sánchez^f y A.I. Casas Torres^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^cMédico Residente de 2^º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. ^eMédico Residente de 2^º año. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 34 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés, de profesión peón agrícola, presenta cuadro de dolor lumbar que en ocasiones irradia hacia pierna izquierda, de más de 3 años de evolución, durante ese periodo ha consultado en varias ocasiones (Urgencias y a Centro de Salud) por reagudización de dicho dolor, siempre tratadas con analgésicos y corticoides con respuesta parcial del dolor, con diagnóstico de lumbociatalgia mecánica. Se solicita RNM de columna lumbar y se cita en consultas externas de Traumatología donde tras ver resultado de estudios complementarios remiten a Reumatología (REU) por encontrar en la analítica solicitada un HLAB27 positivo. En las consultas de REU se realiza una nueva anamnesis dirigida, el paciente refiere que el dolor suele estar mejor con la actividad física que en el reposo, que en ocasiones le interrumpe el sueño y dice necesitar hasta 2 horas por la mañana para calentar y realizar sus tareas habituales.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta de REU: No presenta déficit motor. Lassegue y Bragard negativo bilateral. ROTs rotulianos presentes y simétricos. Maniobra de Patrick o Fabere izquierdo positivo, se ve una Rx pelvis (de hace 2 años) donde ya había signos de esclerosis a nivel de sacroilíaca izquierda. Se solicita RNM columna lumbar: rectificación de columna, gammagrafía ósea: normal. Analítica: PCR, FR, VSG normales. HLAB27+, serología virus hepáticos y HIV neg, Mantoux neg. RNM sacroilíacas: sacroileítis izquierda.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante axial B27+. Sacroileítis izquierda.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Características mecánicas: Estenosis espinal, hernia discal, espondilosis y espondilolistesis. De características inflamatorias: espondiloartropatías inflamatorias (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, síndrome de Reiter, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad de Whipple). Causas tumorales.

Comentario final: La anamnesis detallada que se realizó en consultas de REU guió el cuadro a una posible lumbalgia inflamatoria que se confirmó con la anamnesis, la clínica y con estudios complementarios (HLAB27 y RNM), el paciente comenzó con tratamiento con biológicos (infliximab) ya que presentaba resistencia a los AINEs. En el caso de la espondilitis anquilosante, una enfermedad causante de un alto grado de discapacidad y asociada a procesos de incapacidad laboral en hombres jóvenes, el retraso diagnóstico

puede llegar a 5 o hasta 10 años. Es tarea del médico de familia reconocer este grupo de pacientes que clásicamente se diagnostican de lumbalgia aguda mecánica. Es por esto que se recomienda todas aquellas actividades que estimulen la llegada temprana a las consultas de REU de pacientes con espondilitis anquilosante. Se requiere establecer criterios adecuados de derivación de estos pacientes en fase precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis JC Jr, Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2006;65(4):442-52.
2. Rudwaleit SJ. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(5):659-63.