



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2471 - Lumbalgia, no siempre patología banal

D. Rosario Lapaix^a, B. Castrillo San José^b, A. Arias Rosario^c, A.A. Moronta de la Cruz^d, V.M. Báez Pimentel^d, L.F. Alcántara Feliz^a, S. Méndez Desena^d, A.N. Romero García^e, S. Isob^e y K. Aboud Acosta^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^fResidente de 3º año. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^gResidente de 3º año. Centro de Salud José Aguado. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por presentar dolor lumbar no irradiado de 10 días de evolución. No antecedente traumático. Antecedentes personales: Fumador. Dislipemia. Marcapasos permanente por bloqueo AV de 3º grado. Espondiloartrosis. Carcinoma vesical (T2 N0 M0) diagnosticado hace más de cinco años, que recidiva hace 16 meses, siendo intervenido y tratado con instilaciones de BCG. Nódulos pulmonares en seguimiento por Neumología desde hace un año, donde se realizó TAC torácico, informado como “micronódulos densos bien definidos con distribución aleatoria y difusa, similar a TBC miliar”. Broncoscopia, citología de aspirado bronquial y microbiología con cultivo para BAAR negativos.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA: 130/80. FC: 83 l/m. Auscultación cardiaca y pulmonar normales. Raquis: dolor difuso a la palpación de columna dorso lumbar, más localizado a nivel de las apófisis espinosas D11 a L3. No lesiones cutáneas. R.O.T. normales y simétricos. No paresias. Trofismo muscular conservado. Lassegue negativo bilateral. Evolución: Se pauta tratamiento analgésico y medidas físicas con nula mejoría, por lo que tras un mes se solicita Rx de columna dorso lumbar, objetivándose una anterolistesis con disminución de altura de cuerpo vertebral de L2 y rectificación de columna lumbar. Dados los antecedentes del paciente, se deriva a la Unidad de Diagnóstico Rápido por sospecha de posible metástasis o tuberculosis vertebral. En dicha Unidad se solicita TAC de columna lumbar, informado como “lesiones degenerativas”, recomendándose analgesia y control por su médico de cabecera. Ante empeoramiento del dolor, se deriva a Traumatología, siendo ingresado para realización de biopsia de lesión vertebral con el siguiente resultado: “no signos histológicos de malignidad. Microbiología para BAAR positiva para Mycobacterium tuberculosis.

Juicio clínico: Tuberculosis vertebral.

Diagnóstico diferencial: Metástasis vertebral, osteomielitis piógenas no tuberculosa.

Comentario final: La tuberculosis vertebral es la localización extrapulmonar más frecuente. Es importante el papel del médico de Atención Primaria a la hora de aportar una visión global del paciente, teniendo en cuenta los antecedentes. Todo ello facilitará un más temprano diagnóstico con el fin de llegar antes a un correcto tratamiento, minimizando las complicaciones, el sufrimiento del paciente y las posibles secuelas. Esta

comunicación pretende resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para un correcto tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choo CY, Pan WJ, Lee HC. Spinal tuberculosis as a cause of low back pain; a timely reminder. *Pain Med.* 2012;13:613-4.
2. Ramirez E, Ochoa M, Ordonez F. Tratamiento de la enfermedad de Pott por vía anterior. *Coluna/Columna* [online]. 2013;12(4):308-11.
3. Zhang X, Ji J, Liu B. Management of spinal tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *J Int Med Res.* 2013;41:1395.