



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2241 - Lumbalgia, nada es lo que parece

N. Rodoreda Perales^a, M. Sant Vidal^b y P. Font Roura^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Can Gibert del Plà. Girona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Ca N'Oriac. Sabadell. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Can Gibert del Plà. Girona.

Resumen

Descripción del caso: - Antecedentes personales: hombre de 67 años, autónomo previamente (Barthel: 100). No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos: hipertrofia benigna de próstata, ingreso hace dos meses por septicemia urológica. Motivo de consulta: lumbalgia de 2 meses de evolución, selectiva, no irradiada, sin cambios con la movilización, empeoramiento nocturno, segundo escalón analgésico no efectivo, dificultad grave en la deambulación (iniciando el uso de un andador) acompañado de anorexia y pérdida de peso. Reiteradas consultas previas filiadas como lumbalgia mecánica. No refería traumatismo previo, ni fiebre, ni otra sintomatología acompañante. Evolución: ante lumbalgia con anamnesis i exploración con signos de alarma se decide pedir una analítica que muestra leves criterios sépticos, y radiografía de columna lumbar que comparada con previa de hacia 1 mes, objetiva lesión osteolítica grave en L2-L3 no presente. Se inicia tratamiento con analgesia y antibioticoterapia empírica y se decide ingreso en el hospital para estudio. Ya ingresado se evidencia en resonancia magnética nuclear lumbar: espondilodiscitis a L2-L3 con colecciones que afectan canal medular y psoas, y PAAF de la lesión positiva para Enterococcus faecalis. Con buena respuesta a antibioticoterapia sensible, se da de alta, con visitas y RNM de control programadas.

Exploración y pruebas complementarias: General: aspecto tóxico, palidez cutánea. Valoración de raquis: sin lesiones cutáneas, dolor selectivo a la palpación de apófisis espinosas L2-L3, sin dolor en la palpación de musculatura paravertebral, ni en la movilidad de cadera. Lassegue y Bragard negativo. Analítica completa: leucocitos 12,29 K/mcL sin desviación, sedimento de orina: > 100 leucocitos por campo, radiografía de columna lumbar con lesión ósea lítica en L2-L3 que no se objetivaba en radiografías previas de hacia 1 mes.

Juicio clínico: Aguda con señales de alarma (edad superior a 55 años, síntomas constitucionales, autonomía afectada, dolor selectivo y de ritmo inflamatorio, antecedente de sepsis urológica reciente).

Diagnóstico diferencial: Espondilodiscitis séptica, infiltración tumoral, espondilitis anquilopoyética.

Comentario final: La lumbalgia aguda es una entidad muy prevalente en nuestra práctica diaria, en consecuencia es importante detectar aquellas lumbalgia de etiología potencialmente grave. La detallada anamnesis es el instrumento para su correcto diagnóstico y plan de manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Martín J. Lumbalgia. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. et al, editores. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a edición. Madrid: MSD; 2012. p. 117-20.
2. Stephanie GW, Joyce EW, Thomas OS. Evaluation of low back pain in adults. En: UpToDate Last updated: Sep 09, 2015.
3. Bordas JM, Forcada J, García JA, Joaniquet FX. Patología de la columna lumbar en l'adult. Guies de pràctica clínica i material docent. Institut Català de la Salut, 2004.
4. Malcolm MD. Vertebral osteomyelitis and discitis in adults. En: UpToDate. Last updated: Aug 19, 2015.
5. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363.
6. Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol. 1995;34:1074.