



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1140 - Lumbociatalgia "infecciosa". A propósito de un caso

C.A. Luna Pardal^a, F. Rial Rama^b y M.T.A. Beade Torreiro^c

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia; ^cEnfermera. Centro de Salud Elviña Mesoiro. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, tampoco factores de riesgo cardiovascular y de profesión limpiadora. Acude a consulta contando dolor lumbar posterior a cirugía ginecológica (prolapso III con modalidad quirúrgica colposacropexia), irradiado a miembro inferior derecho que cede parcialmente con paracetamol e ibuprofeno con agudización de hace 24 horas tras agacharse. No otra clínica comentada salvo lo que se recoge en la historia clínica ginecológica 45 días postintervención (lumbociatalgia derecha, malla colocada no palpable al tacto y resto sin alteraciones).

Exploración y pruebas complementarias: Exploración en consulta: afebril, Lassegue dudoso, dolor a percusión en apófisis lumbares bajas. Se decide continuar con tratamiento sintomático sospechando lumbalgia mecánica. Se deja evolucionar. Exploración a la semana: la paciente continúa con síntomas de espalda sin mejoría a pesar de medicación. El examen físico revela empeoramiento de los signos previos con mayor claudicación por lo que se decide realizar radiografía sacrolumbar (escoliosis lumbar de concavidad derecha y rectificación de lordosis fisiológica). Ante la incongruencia clínica-radiológica se decide: TAC lumbar que informa probable espondilodiscitis con flemón subligamentoso prevertebral que luego se confirma con RMN. Ante esta sospecha diagnóstica se decide su ingreso. Laparoscopia diagnóstica: extracción de malla y exéresis de muñón cervical. Toma de muestra para cultivo de ligamento vertebral anterior y disco intervertebral L5-S1. Drenaje de colección purulenta pararectal derecha posterior a la malla. Durante su estancia hospitalaria recibió tratamiento antibiótico según antibiograma y evolutivamente se encontró mejor con desaparición de flemón en estudios de imagen posteriores.

Juicio clínico: Espondilodiscitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia mecánica. Lumbalgia de causa tumoral. Espondilolistesis. Lumbalgias de causas infecciosas: TB Mal de Pott, brucelosis...

Comentario final: Apoyar el método clínico debe continuar siendo nuestro pilar fundamental en las consultas. Las pruebas de imagen u otros exámenes complementarios no permitieron en este caso alejarnos de nuestras sospechas diagnósticas.

Bibliografía

1. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2012;26(1).
2. Park KH, Cho OH, Lee YM, et al. Therapeutic outcomes of hematogenous vertebral osteomyelitis with instrumented surgery. Clin Infect Dis. 2015;60:1330.
3. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. Lancet. 2004;364:369.

4. Speed C. Low back pain. BMJ. 2004;328:1119.

Palabras clave: *Lumbalgia. Espondilodiscitis.*