



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2218 - Dolor lumbar que no cede

S. Crespo González<sup>a</sup>, R. Pérez Bol<sup>b</sup>, B. Augusto Rendo<sup>c</sup> y V. Crespo González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nueva Montaña. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. <sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud Cudeyo. Solares. <sup>d</sup>Auxiliar Administrativo. Hospital de Laredo. Laredo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años sin antecedentes personales de interés que refiere lumbociática derecha desde hace un mes, de carácter inflamatorio, que no cede con analgesia ni antiinflamatorios. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor lumbar muy intenso con cualquier movimiento en la columna, Lasegue positivo a 30º en pierna derecha. Fuerza conservada. No déficit sensitivo. Reflejos miotáticos: 2/4 rotulianos y aquileos en ambas piernas. Hemograma: normal salvo elevación de la VSG y la PCR. RMN lumbar: hallazgos sugestivos de espondilodiscitis en el espacio L4-L5. Se realizó punción guiada por TC, en el gram y el cultivo no se evidenció crecimiento de gérmenes. Tratamiento: corsé dorso-lumbar y antibiótico empírico durante 7 semanas con buena evolución clínica.

**Juicio clínico:** Espondilodiscitis L4-L5.

**Diagnóstico diferencial:** Espondiloartrosis. Espondilitis anquilosante.

**Comentario final:** La espondilodiscitis es una infección poco frecuente que afecta a las vértebras y los espacios intervertebrales. Hay 3 formas clínicas: hematógena, la más común, secundaria a infecciones de origen extraespinal como infecciones urinarias, de piel, partes blandas o respiratorias; posquirúrgica o posttraumática, por inoculación directa de bacterias tras cirugía o traumatismo vertebral; y por contigüidad, por extensión a la columna vertebral de procesos infecciosos de vecindad. Puede estar producida por una gran variedad de microorganismos, *S. aureus* es la bacteria más frecuente. Debe sospecharse en todo paciente con lumbalgia subaguda inflamatoria y elevación de reactantes de fase aguda. La RM y la TC son las técnicas de imagen de mayor sensibilidad. Su diagnóstico etiológico debe confirmarse mediante hemocultivos o biopsia vertebral. Actualmente, la mayoría de los pacientes pueden ser tratados de manera exclusiva con antibióticos, y la cirugía es necesaria en 10 a 25% de los casos. La infección puede extenderse y producir graves complicaciones quirúrgicas como la compresión medular o el absceso epidural.

### Bibliografía

1. Telo Crespo R, Telo Haedo RW, Alemán Cruz PN, Rodríguez Torres Y. Espondilodiscitis infecciosa. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2012;26:53-63.
2. Torda AJ, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. Clin Infect Dis. 1995;20:320-8.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis. Osteomielitis vertebral.