



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/554 - Lumbalgia aguda. ¡Cómo pueden complicarse las cosas!

M.C. Ríos Jiménez^a y M.T. Tomás Bertrán^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. CAP Sant Llàtzer. Terrassa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años con antecedente de migraña valorada en domicilio por lumbalgia mecánica. Se administró dexketoprofeno intramuscular y se pautó analgesia. A las 48 horas inició fiebre elevada con empeoramiento del dolor lumbar, impidiéndole la deambulacion, por lo que fue derivada a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración inicial: Hemodinámicamente estable, eupneica y afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. PPL bilateral negativa. Dolor a la palpación L4-S1, sin déficits sensitivo-motores. Lassegue y Bragard negativos. Maniobras sacroilíacas negativas. Radiografía de tórax, columna y pelvis sin alteraciones. Analítica: elevación de reactantes de fase aguda. TC abdominopélvico: signos inflamatorios en músculo ilíaco izquierdo, pequeña colección en su interior. RM lumbopélvica: absceso paraespinal y músculo ilíaco izquierdo con afectación de músculo piriforme y glúteo medio izquierdo que invaden el canal raquídeo a nivel de S5-S1, siguiendo trayecto intrarraquídeo hasta S3. Hemocultivos: positivos para *S. aureus*. Ecocardiograma transesofágico normal. Se inició tratamiento antibiótico y se realizó drenaje del absceso intrarraquídeo epidural cuyo cultivo fue positivo al mismo germen.

Juicio clínico: Bacteriemia estafilocócica secundaria a absceso glúteo por probable inyectable intramuscular.

Diagnóstico diferencial: Ante una lumbalgia febril descartaremos entidades causantes de dolor visceral referido (digestivas, renales, ginecológicas, vasculares). Dentro de las causas osteomusculares: infecciones óseas (osteomielitis, espondilodiscitis), infecciones regionales (absceso epidural, psoas-ilíaco, glúteo), enfermedades inflamatorias (espondilitis anquilosante), tumores primarios/metastásicos.

Comentario final: Las bacteriemias por *S. aureus* comunitarias son infrecuentes. Se asocian a focos cutáneos, abscesos profundos, infecciones osteoarticulares o endocarditis infecciosas y son potencialmente graves. La inyección intramuscular como factor etiológico está poco descrita y relacionada generalmente con la técnica aséptica utilizada. En nuestro caso coincide la localización del absceso en el glúteo sobre el cual se administró dexketoprofeno, sin encontrarse otro foco etiológico. Posiblemente al permanecer en decúbito la infección se fue extendiendo a músculo piriforme, psoas-iliaco y paravertebral hasta llegar a canal raquídeo. Retrospectivamente invita a reflexionar la utilización de terapia inyectable en patologías poco graves.

Bibliografía

1. Valle-Calvet M, Olive-Marqués A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11:24-7.

2. Rotman-Pikielny P, Levy Y, Eyal A, Shoenfeld Y. Pyomyositis or “injectiositus”-Staphylococcus aureus multiple abscess following intramuscular injections. IMAJ. 2003;5:295-6.

Palabras clave: Low back pain. Intramuscular injections. Abscess.