Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):515

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/993 - EMPIEMA SUBDURAL DOBLE, ANTERIOR CÉRVICO-DORSAL Y POSTERIOR LUMBAR, SIN COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO DE UNA LUMBALGIA

G. Mascaró Crusat[a], A. Rufach García[b], X. Lázaro Navarro[c], J. Ros Baro[c], I. Hordiyenko[c] y E. Hengesbach Barios[c]

[a]Médico de Familia. EAP Castellterçol. Barcelona. [b]Médico Pediatra. ABS Vall del Ges. Osona. Barcelona. [c]Médico de Familia. EAP Moià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, con dolor lumbar brusco de 4 días de evolución, después de un sobreesfuerzo. Progresivamente aumentó de intensidad, irradiando al resto de columna y apareciendo rigidez del tronco y cefalea holocraneal continua. Se orienta como lumbalgia con contractura muscular pero ante el nulo efecto de los distintos tratamientos analgésicos, antiinflamatorios y miorelajantes y el aumento de la rigidez, se decide remitir a hospital para analítica y pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura corporal 36,3 ºC. Exploración física y neurológica normal, sin meningismo. Palpación no dolorosa de apófisis espinosas. Rigidez troncal. Fuerza y sensibilidad conservadas en ambas extremidades inferiores. No lesiones cutáneas. En analítica inicial destaca velocidad de sedimentación glomerular 54 mm/h, hemograma leucocitos 15×10^3 ?L (87% neutrófilos), proteína C reactiva (PCR) 255 mg/L. Radiología columna lumbar sin lesiones óseas. Rectificación lordótica. Resonancia magnética columna vertebral: Extensa colección subdural cérvico-dorsal anterior de C2 a D10 y lumbar posterior de L2 a S2. A las 24h del ingreso, inicia rigidez nucal con Kernig positivo, sin compresión medular, PCR 341 mg/L y hemocultivos positivos a Staphylococcus aureus (no se encontró puerta de entrada). Se realizó punción espinal para descompresión y cultivo que también fue positivo al mismo germen.

Juicio clínico: La rigidez nucal y troncal, la fiebre, la PCR alta y los cultivos positivos a Staphylococcus aureus confirmaban la etiología infecciosa. Destaca el hecho de que los dos empiemas no estuvieran comunicados.

Diagnóstico diferencial: Sepsis estafilocócica, discitis y artritis séptica, meningitis, empiema epidural.

Comentario final: Ante un episodio de lumbalgia aguda, con contractura muscular importante, que no responda al menos parcialmente al tratamiento habitual prescrito en 24-48h, debe hacer pensar en otras etiologías. La existencia de fiebre, cefalea o rigidez vertebral nos obliga a hacer un hemograma con PCR. Este parámetro es un signo de alarma para realizar pruebas de imagen complementarias a pesar de la normalidad de la radiología básica.

Bibliografía

1. Absceso de la médula espinal: Medline Plus.gov

2. Absceso epidural-tratado.uninet.edu/c040105.html
3. Dolor lumbar como manifestación única de absceso epidural. Disponible en: www.hpc.org ar/v2/v_art_rev asp?id = 605&offset = 6

Palabras clave: Empiema subdural. Lumbalgia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.