Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2222

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4548 - LO QUE ESCONDÍA LA LUMBALGIA

I. Martínez Ardil, A. Martínez Más, J. López Marín, J. López Díez, A. Plazas Miñarro y D. Martínez Antequera

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años que presenta como antecedentes de interés hipertensión arterial en tratamiento con dos fármacos. Acude a consulta de atención primaria por dolor dorsolumbar de una semana de evolución. Refiere que el dolor ha ido en aumento con pérdida progresiva de fuerza en miembros inferiores, malestar general e hiporexia. En centro de salud se prescribe analgesia, así como realización de radiografía (Rx) dorso-lumbar y analítica. En nueva visita de control se constata evolución tórpida del cuadro, y ante resultados analíticos es derivada a urgencias para valoración de ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: afebril, hemodinámicamente estable, facies de dolor. Palidez cutánea. Dolor en región lumbosacra a la palpación y movilización de apófisis espinosas y región paravertebral bilateral. Debilidad en cintura pélvica con dificultad para la marcha. No déficit sensitivo. Rx columna dorso-lumbar: cambios degenerativos vertebrales. Analítica: destaca creatinina 2,84, proteína C reactiva 36,5, leucocitosis 29.050 (93,2% neutrófilos). RMN: signos de osteomielitis en complejo disco-cuerpos vertebrales D8-D9 con gran absceso paravertebral anterior y epidural que condiciona grave estenosis dorsal con compresión medular y signos de mielopatía compresiva. Hemocultivos: positivos a SAMS.

Juicio clínico: Espondilodiscitis aguda dorsal con absceso epidural y paravertebral.

Diagnóstico diferencial: 1. Procesos degenerativos 2. Hernia discal 3. Estenosis espinal 4. Compresión por fractura osteoporótica 5. Neoplasias 6. Osteomielitis 7. Artritis inflamatorias.

Comentario final: La lumbalgia es un problema de consulta muy frecuente en la práctica ambulatoria por lo que es necesario que el médico de familia conozca a fondo. El alto índice de sospecha con la clínica sugerente de absceso epidural más parámetros de inflamación aguda deben llevarnos al diagnóstico y tratamiento de forma rápida a fin de evitar daños neurológicos irreversibles. En nuestro caso se realizó evacuación del absceso espinal, así como desbridamiento y marsupialización de la cavidad abscesificada paravertebral retroaórtica.

Bibliografía

1. Forcada J, Palacios M. Patología de la columna lumbar. Actas Medicina Familiar. 2008.
2. Mandel, Douglas y Benett: Enfermedades Infecciosas Principios y Prácticas, 5ª ed. Editorial Panamericana, 2002.

3. Epidural abscess: report and review of the literature. Departament of Internal Medicine, Axademisch Ziekenhuis,vrije Universiteit Brussel.

Palabras clave: Lumbalgia. Absceso epidural.

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