



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

242/4072 - LUMBALGIA RECURRENTE: UN MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE. IMPORTANTE FILIAR

M. Labrador Hernández^a, R. Rojas Valdive^b, V. Acosta Ramón^c, R. Taipe Sánchez^d, M. Madrid^e y V. Choquehuancá^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico Intensivista. Clínica Mompia. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^fMédico de Familia. Sistema Cántabro de Salud.

Resumen

Descripción del caso: Paciente masculino, de 44 años que acude en reiteradas ocasiones a consultas de atención primaria por lumbalgia, de moderada intensidad, irradiada a ambos glúteos, de predominio matutino, que mejora al final del día con actividad física, de 2 meses de evolución, con respuesta parcial a AINEs. Niega fiebre. Antecedentes personales: hipercolesterolemia. Tratamiento habitual: atorvastatina 10 mg, naproxeno 500 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido. Cardiopulmonar: conservado. Abdomen: ruidos presentes, blando, depresible, no dolor. Columna lumbar: dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares, contractura paravertebral y dolor a la dorsiflexión y lateralización de columna lumbar. Maniobras sacroilíacas positivas. Fuerza muscular de extremidades superiores e inferiores 5/5 pts. Sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos presentes. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos: 6.500; segmentados: 50,6%; linfocitos: 29,7%; hemoglobina: 15,3 g. Bioquímica: glucosa 113 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl. PCR 0,1 mg/dl; calcio 9,2 mg/dl. Colesterol: 245 mg/dl. PTH intacta 26 pg/ml; 25-OH VIT D: 28 ng/ml. Elemental y sedimento: normal. Pruebas inmunológicas: HLA-B27: positivo. Factor reumatoide: 9,38 mg/dl. Radiografía lumbo-sacra: fusión de articulaciones sacroilíacas. Sindesmofitos anteriores en columna lumbar baja y a nivel interespinal en L2-L3.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: Hernias discales; metástasis lumbares; espondilolistesis.

Comentario final: La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica, que se caracteriza por evolucionar mediante brotes inflamatorios y que afecta preferentemente a las articulaciones sacroilíacas y al raquis con tendencia a fibrosis y posterior anquilosis. Predomina principalmente en el sexo masculino y se presenta principalmente como un dolor lumbosacro, que aparece tras un reposo prolongado y mejora con la actividad física. Es importante realizar desde atención primaria un diagnóstico precoz, para instaurar medidas terapéuticas adecuadas que impidan una evolución agresiva e invalidante en estos pacientes.

Bibliografía

1. Gran JT, Skomsvoll JF. The outcome of ankylosing spondylitis. A study of 100 patients. *Br J Rheumatol.* 1997;36:766-71.
2. Collantes E, Muñoz A, et al. Assessment of two systems of spondylarthropathy diagnostic and classification criteria by a Spanish multicenter study. *Journal of Rheumatology.* 1995;22:246-51.

Palabras clave: Lumbalgia. Espondilitis anquilosante. AINES.