



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

## 242/1851 - NO TODO ES CIÁTICA

*L. Muñoz Alonso<sup>a</sup>, M. Fernández Guillén<sup>b</sup>, C. García Balsalobre<sup>a</sup>, C. Celada Roman<sup>c</sup>, D. Martínez Antequera<sup>d</sup> y M. Rodríguez Alonso<sup>a</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 34 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, en los últimos 6 meses ha acudido varias veces a la consulta por dolor lumbar que relacionó con el trabajo, tras vacaciones persiste el dolor. El dolor no mejora hasta pasado un rato desde que se levanta, le despierta por la noche, no tiene relación con los movimientos, no cede con paracetamol y se irradia hasta hueco poplíteo derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física la flexoextensión del tronco no es dolorosa ni la movilización de cadera ni rodilla, maniobra de Bragard y Lasègue negativas, puño percusión renal negativa. La palpación de articulación sacroilíaca es dolorosa. Resto exploración normal. Se solicitan pruebas complementarias, donde destaca elevación de VSG y PCR, en radiografía vemos cambios mínimos en sacroilíacas y columna lumbar normal. Resto de analítica es normal. Ante la sospecha y con propósito de orientar mejor el diagnóstico se solicita HLBA 27 siendo positivo. Factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos. Se pauta tratamiento con diclofenaco 50 mg/8h, ejercicio físico y entrenamiento postural.

**Juicio clínico:** Espondilitis anquilosante.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial del dolor lumbar; lumbalgia mecánica (degenerativa, hernia discal, estenosis espinal, fractura osteoporótica, cifosis o escoliosis) no mecánica (neoplasias, infección, artritis inflamatoria) o visceral. Diagnóstico diferencial espondilitis anquilosante; enteropatías (gota, gonocócica, SAPHO) anomalías sacroilíacas (osteítis osificante, condrocalcinoses) hiperostosis vertebral (ocronosis, SAPHO, tratamiento retinoides).

**Comentario final:** La lumbalgia de tipo inflamatorio supone únicamente el 1% de las consultas por lumbalgia. El dolor en tercio superior glúteo puede ser el síntoma inicial en 75% casos. Diagnóstico tardío de esta enfermedad (retraso 6 años). Criterios de AMOR son menos específicos que los criterios de Nueva York pero la sensibilidad es más elevada, sobre todo en el comienzo de la enfermedad cuando aún no son visibles las alteraciones radiográficas. Nuestra función está el diagnóstico precoz, orientar al paciente y su seguimiento, tanto de la enfermedad como de los efectos secundarios que pueda tener el tratamiento y enfermedades asociadas.

### Bibliografía

1. Rudwaleit M. New approaches to diagnosis and classification of axial and peripheral spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2010;22:375-80.
2. Ferri FF. Ankylosing spondylitis. Ferri's Clinical Advisor 2016. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:121-2.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Espondilitis. Dolor lumbar.