

347/2940 - DE LUMBALGIA A PARAPLEJIA

N. Turea^a, M. Mateo Díaz^b, M. Diez^c y B. Catalán Navarro^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Cervantes. Guadalajara. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Talarrubias. Badajoz. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes: HTA. Gota. Arteriopatía periférica. ERC 3b. Osteoartrosis lumbar. IQ: prótesis de rodilla derecha. Hernioplastia umbilical. Tratamiento: Duodart 0,5/0,4 mg cada 24 horas. Seguril 40 mg cada 24 horas. Tramadol 50 mg cada 12 horas. Clexane 40 mg cada 24 horas. Se valora en domicilio a varón de 90 años, por caída y contusión dorsal con persistencia del dolor limitante. Visto en urgencias anteriormente descartándose fracturas en las radiografías realizadas. Se mantiene encamado, con buena movilización de las extremidades. A pesar de estar con tres escalones de analgesia, presenta empeoramiento progresivo del dolor en un mes, presentando pérdida progresiva de la movilidad y la sensibilidad crural y doble incontinencia. Dado el cambio de sintomatología del paciente se deriva a urgencias para descartar mielopatía.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: PC normales, paraplejia crural. Reflejos hiporreactivos. Apofisalgia D11-D12. Rx columna lumbar: osteoartrosis. No fracturas. TAC lumbar: fractura cuerpo D11, estenosis grave del canal medular. Signos de espondilitis infecciosa D11-D12. Analítica: hemograma leucocitosis con neutrofilia leve. Bioquímica: Cr 1,60 mg/dl. FG 35 ml/min. PCR 70 mg/L. Hemocultivos: negativos.

Orientación diagnóstica: Fractura vertebral D11. Espondilitis infecciosa. Lesión medular.

Diagnóstico diferencial: Absceso epidural, espondilopatía degenerativa, hernia discal, aplastamiento vertebral, metástasis vertebral.

Comentario final: Sueroterapia. Corticoterapia. Antibioterapia doble durante 6 semanas. Ortesis para sedestación. Se desestima descompresión quirúrgica, dada la duración de la lesión y la edad avanzada del paciente. Se deriva a Unidad de Parapléjicos, manteniendo la antibioterapia durante o 6 semanas. Es difícil de diagnosticar una fractura vertebral en un paciente anciano con osteoartrosis avanzada de la columna, pero con la sospecha clínica con déficit motor y sensitivo bilateral progresivo, incontinencia y apofisalgia persistente a pesar de analgesia se tiene que realizar siempre pruebas de imagen para confirmar la mielopatía. En seguimiento del paciente inmovilizado la reexploración sistemática es clave para un correcto diagnóstico.

Bibliografía

1. Pigrau C, Rodríguez-Pardo D, Fernández-Hidalgo N, et al. Health care associated hematogenous pyogenic vertebral steomyelitis: a severe and potentially preventable infectious disease. Medicine (Baltimore). 2015;94:e365.

2. Ju KL, Kim SD, Melikian R, et al. Predicting patients with concurrent noncontiguous spinal epidural abscess lesions. *Spine J.* 2015;15:95.

Palabras clave: Espondilitis infecciosa. Hematógena.