



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2599 - DOCTORA, ESTA LUMBALGIA NO ME DEJA LEVANTARME DE LA CAMA

A. Estupiñán Fernández^a, L. Gómez Sánchez^b y C. Fernández Macías^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Arucas. Las Palmas. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 83 años de origen marroquí que pide visitas domiciliarias frecuentemente por lumbalgia que no mejora a pesar de tratamiento con corticoides, pregabalina, mórficos y relajante muscular durante más de 8 meses, sospechando una incorrecta toma de tratamiento por parte de la paciente y derivada a rehabilitación para realización de RNM. Antecedentes personales no conocidos, ya que se trata de paciente marroquí, con barrera idiomática, que pasa períodos cortos en el año en nuestro país. Es ingresada en hospital por hemiparesia derecha, afasia y desviación de a comisura bucal, con recuperación casi completa (excepto miembro inferior derecho) durante ingreso, diagnosticándose de ACVA isquémico talámico izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Durante el ingreso se realiza RNM al referir la paciente el dolor sufrido durante tantos meses: ESPONDILODISCITIS L4-L5 con herniación discal posterior y absceso paravertebral izquierdo, por lo que es derivada a Neurocirugía a hospital de referencia. Se realiza punción diagnóstica de material purulento: Mycobacterium tuberculosis complex, al realizar nueva anamnesis la paciente refiere tos con hemoptisis hace unos 4 meses que no consultó en primaria. Se realiza TAC de tórax con resultado de bronquiectasias cilíndricas y arrosariadas en lóbulo medio e inferior. Se comienza con tratamiento antituberculoso según peso.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis con absceso paravertebral por tuberculosis.

Diagnóstico diferencial: Se realiza, entre otros procesos, con la osteocondrosis erosiva intervertebral, tumores, la espondiloartropatía axial, la espondiloartropatía de los pacientes en hemodiálisis, cambios epifisarios de Modic tipo 1 y la neuroartropatía axial de Charcot.

Comentario final: La espondilodiscitis infecciosa es una infección del disco intervertebral y de los platillos vertebrales adyacentes. Puede asociarse a una epiduritis o a un absceso paravertebral. El germe causal más frecuente es *Staphylococcus aureus*. El diagnóstico se sospecha por dolores raquídeos de ritmo inflamatorio y un síndrome de respuesta inflamatoria. La fiebre se presenta en un 50% de los casos. La espondilitis tuberculosa se ha asociado a lesión del disco intervertebral (85%). Esto es menos frecuente en países desarrollados, donde la lesión vertebral aislada, sin componente discal, es una forma común de presentación, y no debe excluir la posibilidad de enfermedad tuberculosa espinal.

Bibliografía

1. Benavente Valdepeñas AM, et al. Espondilodiscitis tuberculosa lumbar. *Rehabilitación (Madr)*. 2004;38(1):37-40.
2. Herrera A, Rodríguez J, Vicente J, et al. Espondilodiscitis tuberculosa. *Mal de Pott. Revista de Ortopedia y Traumatología*. 1998;42:231-42
3. Emilie S, et al. Espondilodiscitis. *EMC-Tratado de Medicina*, 2016: p. 1-10.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Tuberculosis. Lumbalgia.