



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2787 - DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA, ¿TENGO UNA LUMBALGIA?

D. Gómez Villarejo<sup>a</sup>, R. Ruiz Merino<sup>b</sup>, S. López Hernández<sup>c</sup> y M. Benito Moscoso<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre. 54 años. Sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés salvo fumador. Acude por dolor a nivel lumbar localizado en cintura pélvica, dolor a la deambulación, sin irradiación, afebril. No antecedentes de traumatismo, esfuerzo físico anterior, conductas sexuales de riesgo ni viajes al extranjero.

**Exploración y pruebas complementarias:** Actitud antiálgica, deambulación lateralizada, sin dolor a la palpación en apófisis espinosas, Lasègue y Bragard negativo. Se realizan varias pautas de analgesia y relajante muscular necesitando llegar a opioides débiles. Tras revisión sin mejoría se solicita radiografía lumbar. Se observan signos de artrosis (sindesmofito) y disminución del espacio intervertebral L4-L5. Se solicita interconsulta con traumatología. Tras una semana de tratamiento con escasa respuesta se realiza analítica general con serología a Brucella: hemograma y bioquímica normal, VSG 49, PCR 68, Brucella negativo. Se realiza resonancia magnética (RM) por cuenta privada confirmando diagnóstico de artrosis y sospecha de espondilodiscitis (ED). Por persistencia de sintomatología y valores analíticos elevados con RM sospechosa de ED se remite al hospital. Ingresar para estudio diagnóstico ofreciendo resultados negativos para urocultivos, hemocultivos, biopsia osteoarticular y quantíferon gamma.

**Orientación diagnóstica:** Espondilodiscitis.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia aguda, espondilitis, traumatismo, osteomielitis, tumores, espondiloartropatia axial, aneurisma de aorta.

**Comentario final:** Tras estudio hospitalario se concluye ED L4-L5 con osteomielitis y sindesmofitos en L4-L5. Tratamiento con levofloxacino más rifampicina. La ED es una infección de etiología piógena, granulomatosa o parasitaria, afectando al disco intervertebral, cuerpo o arco posterior de la vértebra que, siendo poco frecuente, su incidencia está aumentando con una distribución bimodal (20 años y 50-70 años). Se diagnostica mediante datos clínicos, radiológicos, analíticos y microbiológicos siendo la RM la técnica de elección y la TAC útil para descartar destrucción ósea con tratamiento destinado a erradicar la infección, evitar la inestabilidad espinal y desbridamiento si precisa. Es por ello necesario tenerla siempre en cuenta en atención primaria ante todo paciente que consulte por dolor lumbar, de tipo inflamatorio, fiebre o astenia, aunque valorando siempre su aparición de forma insidiosa con síntomas más inespecíficos.

### Bibliografía

1. Fransen BL, de Visser E, Lenting A, et al. Recommendations for diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *J Med.* 2014;72(3):135-8.
2. Márquez Sánchez P. *Radiología.* 2016;58(1):50-9.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis. Dolor lumbar.