



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

D. Gómez Villarejo^a, R. Ruiz Merino^b, S. López Hernández^c y M. Benito Moscoso^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^dMédico Residente de 1^{er} 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. Ingresa para estudio diagnóstico ofreciendo resultados negativos para urocultivos, hemocultivos, biopsia osteoarticular y quantiferon gamma.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia aguda, espondilitis, traumatismo, osteomielitis, tumores, espondiloartropatía 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. Radiologia. 2016;58(1):50-9.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Dolor lumbar.