



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/708 - LA LUMBALGIA QUE NO CEDÍA

R. Moreno Leiva^a, D. Rodríguez Rodríguez^b y J. Leiva Pino^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Morche. Torrox. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vélez-Málaga Norte. Málaga. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Archidona. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 56 años, fumador y VHC positivo, que consulta por cuadro de lumbalgia progresiva de características inflamatorias de 3 meses de evolución, irradiado a cara anterior del muslo, asociado a episodios de tiritonas y escalofríos. Como único antecedente a destacar, refiere manipulación dentaria hace unos 3 meses. Ante la escasa mejoría tras analgesia y medidas generales, se deriva a CCEE de Traumatología desde atención primaria para valoración, donde se pauta analgesia de 2º-3º escalón, se solicitan pruebas de imagen y se realizan infiltraciones, con nula respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: Enero/2018. Exploración: buen estado general, afebril, normotensio. Contractura en musculatura de columna lumbar y sacra, con dolor a la palpación en apófisis espinosas, pulsos distales conservados, no edemas. RMN lumbosacra: discopatías lumbares y edema de hemicuerpo superior de L4. Marzo/2018. Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda. PCR 44,33. TAC columna lumbosacra: hallazgos compatibles con espondilodiscitis L3-L4 con afectación de partes blandas y problema componente epidural. RMN: espondilodiscitis L4-L5 con colección epidural. Ecocardiograma transtorácico: descarta imagen de endocarditis y derrame pericárdico asociado. Hemocultivo: negativo. Cultivo de biopsia de disco: *Streptococcus mitis/oralis*. Se procede al ingreso del paciente en planta de Traumatología, se pauta antibioterapia con ampicilina y gentamicina 2 semanas, tras lo cual, nueva pauta con amoxicilina. Al alta, mantiene tratamiento cinesiterápico y corsé.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis L4-L5 por *S. mitis/oralis* con absceso epidural secundario.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia mecánica, hernia discal, discopatía degenerativa, espondilodiscitis.

Comentario final: Este caso nos sirve para concienciarnos sobre la importancia de una atención multidisciplinar y el trabajo en equipo, así como la vigilancia de signos de alarma de cada una de las patologías de nuestra práctica clínica, para conseguir así un diagnóstico más precoz, así como para ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención y tratamiento.

Bibliografía

1. Garkowski A, Zajkowska A, Czupryna P, et al. Infectious spondylodiscitis - a case series analysis. *Adv Med Sci.* 2014.;59(1):57-60.
2. Fransen BL, de Visser E, Lenting A, et al. Recommendations for diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *Neth J Med.* 2014;72(3):135-8.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Dolor lumbar. Discopatía.