

347/2273 - DOCTORA... ¿POR QUÉ DUELE TANTO?

V. Vílchez de León^a, N. Luis Ramírez^a, M. Wangüemert Madan^b y S. Sotto Rodríguez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Orotava-Dehesas. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico de Familia. Centro de Salud del Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años deportista, sin antecedentes de interés salvo caída accidental con la bicicleta seis semanas antes golpeándose en región lumbar y fracturándose clavícula derecha. Acude en diversas ocasiones por cuadros de lumbalgias repetición que no ceden con antiinflamatorio pautado. Tras realizarse resonancia magnética (RMN) privada, aumentar clínica incapacitante e inicio de cuadro de astenia y fiebre se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: PCR DE 59,70, leucocitos $17.000 \times 10^3/\text{mm}^3$ con 71,1% neutrófilos. Hemocultivo positivo a *Staphylococcus aureus*. RMN Fractura traumática de L5. TAC columna lumbar: fractura estallido de L4 y L5. Desestructuración e hipodensidad (impresiona colección) del disco L4-L5 protruyendo de manera difusa en espacio epidural anterior. Requirió ingreso hospitalario 3 semanas y tratamiento endovenoso con cloxacilina y levofloxacino, uso de corsé de fijación y valoración por psiquiatría por cuadro de síndrome ansioso depresivo reactivo. Al alta ha precisado continuar con antibioterapia oral dos meses, opioides para el dolor y rehabilitación.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis L4-L5.

Diagnóstico diferencial: Se realiza con la osteocondrosis erosiva intervertebral, tumores, la espondiloartropatía axial y la neuroartropatía axial de Charcot.

Comentario final: La espondilodiscitis representa la forma más frecuente de infección osteoarticular en adultos (del 2-5%). Se caracteriza por presentar al inicio dolor espinal tipo inflamatorio, aunque durante el curso de la enfermedad pueden tener fiebre, astenia y déficits neurológicos como complicaciones más graves. El diagnóstico se establece basándose en datos clínicos, radiológicos, de laboratorio, microbiológicos e histopatológicos. El germen más frecuentemente es el *S. aureus* y a continuación, destacan Gram negativos, como *E. coli*, *Pseudomonas* (frecuente en ADVP) y *Proteus*. El tratamiento se basa en erradicar la infección con antibióticos, evitar inestabilidad espinal con fijación vertebral y eliminar el tejido infectado con un desbridamiento amplio. El papel del médico de familia ante la sospecha y rápida actuación es básico y al alta hospitalaria la importancia de un correcto cumplimiento y seguimiento tanto físico como anímico ha hecho posible una satisfactoria recuperación tras 6 meses del ingreso.

Bibliografía

1. Capa-Grasa A, Flores-Torres, Gozalo-Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Rehabilitación. 2010;44(1):82-5.

Palabras clave: Espondilodiscitis.