

347/2814 - ABRE LOS OJOS

M. Plasencia Martínez^a, J. García García^b, M. Rojano Torres^c y C. Flores Álvarez^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia. ^dMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que acude a urgencias por dorsalgia izquierda, infraescápula, irradiada hacia costado de 5 días de evolución. No traumatismo previo. El dolor no aumenta con los movimientos y mejora ligeramente con el decúbito. Es continuo, en ocasiones nocturno, pero respetando el descanso. Asocia fiebre de 39 °C los dos primeros días que cedió espontáneamente. No disnea ni clínica catarral. No síndrome miccional. No cortejo vegetativo asociado. No pérdida de peso. Tras exploración física y pruebas complementarias (ECG, Rx tórax y analítica) normales, salvo PCR de 13 mg/dl en analítica, se decide alta con analgesia y observación domiciliaria. Vuelve a consultar tres veces más durante un mes por no mejoría, sin nueva aparición de fiebre. Finalmente solicitamos angioTC para descartar TEP, resultando normal. Ante el perfil inflamatorio del dolor realizamos interconsulta preferente a reumatología.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias. EF: T^a 35,1 °C, TA 154/84, SatO₂ 100%, FC 104 lpm. Eupneico. ACP normal. Abdomen: normal. PPRB negativa. No signos de TVP en MMII. No apofisalgia, no lesiones cutáneas dorsales, no hiperalgesia. Dolor a la palpación de últimos arcos costales izquierdos. Rx tórax, parrilla costal, ECG: normales. Analítica: PCR 8 mg/dl. Dímero-D: 1.093. AngioTC: normal. Reumatología: RM: espondilodiscitis subaguda D6-D7, con absceso paravertebral izquierdo. Serología para Brucella, VIH negativa. Hemocultivos negativos. Cultivo habitual/micobacterias de material paravertebral negativo.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis.

Diagnóstico diferencial: mecánico, TEP, tumoral, visceral irradiado (IAM, pericarditis, páncreas, pulmón...), aneurisma aórtico, herpes zoster...

Comentario final: La importancia de este caso radica en la realización de una buena anamnesis que nos permita sospechar una dorsalgia de ritmo inflamatorio o referida. La dificultad de este caso se basó en que la fiebre apareció de forma puntual al inicio, para luego desaparecer, lo que despistaba en cuanto a la posibilidad de un origen infeccioso. Asimismo la PCR fue descendiendo paulatinamente sin tratamiento. El paciente fue tratado con antibioterapia empírica intravenosa al inicio, para luego completar pauta oral en domicilio, con buena evolución clínica y radiológica.

Bibliografía

1. Castellón de Arce P. Dolor cervical y dorsal. En: Blanco García FJ, Carreira Delgado P, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología, 4^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2004.

Palabras clave: Dorsalgia. Fiebre. Anamnesis.