



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2913 - ¡DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA!

M. Folguera Agulló<sup>a</sup>, L. Valín Espí<sup>a</sup>, L. Furió Sanchís<sup>b</sup> y R. Lluch Calabuig<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cocentaina. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Cocentaina. Departamento de Salud de Alcoy. Alicante.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 61 años que presenta dolor selectivo en región lumbar de varias semanas de evolución, (EVA 9/10), que se incrementa con los movimientos y que le impide el descanso, asociado a febrícula diaria, malestar general y sudoración profusa nocturna. También refiere estreñimiento y dolor abdominal generalizado. No presenta síndrome miccional. En la primera visita a atención primaria y tras exploración es diagnosticado de lumbalgia aguda con tratamiento analgésico. Tras no presentar mejoría y asociarse fiebre y malestar general, junto con Combust test positivo se inicia antibioterapia empírica por sospecha de pielonefritis aguda con reevaluación a las 48 horas. Tras mala evolución a pesar del tratamiento, se remite a urgencias hospitalarias por sospecha de patología infecciosa del disco intervertebral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Presión arterial 129/94 mmHg, Temperatura: 38 °C. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Puño percusión renal negativa. Doloroso a la palpación de apófisis transversas dorsales, incrementado ante cualquier maniobra de movilización. Analítica sanguínea: PCR: 10,1 mg/dl. Leucocitos: 15.110/mm<sup>3</sup>. Sedimento de orina y Urocultivo: negativos. Hemocultivos: Staphylococcus aureus. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, eje hiperizquierdo, sin alteraciones en la repolarización. RMN dorso-lumbar: lesión focal en el soma D9 y en el disco intervertebral D9-D10 con captación de gadolinio, sin componente graso interlesional. Rx tórax, ecografía abdominal y ecocardiografía: sin alteraciones patológicas de interés.

**Orientación diagnóstica:** Se trata de una espondilodiscitis y se sospecha que su origen fue una intervención quirúrgica de insuficiencia venosa de la pierna derecha justo dos semanas antes de iniciar la sintomatología.

**Diagnóstico diferencial:** En fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor lumbar; lumbalgia, fractura, hernia discal, pielonefritis aguda, metástasis, tumores vertebrales, aneurisma aórtico, infecciones abdominales o pélvicas.

**Comentario final:** Se trata de una patología poco frecuente, pero con una incidencia global en aumento. El diagnóstico es difícil por la inespecificidad de los síntomas. Debemos tenerla en cuenta ante cuadros febriles de origen desconocido. Es muy importante su diagnóstico precoz por lo que desde atención primaria ante la sospecha es importante solicitar pruebas complementarias, de gran importancia la resonancia magnética, de elección en estos casos.

## Bibliografía

1. Márquez-Sánchez P. Espondilodiscitis. Radiología. 2016;58:50-9.
2. Capa Grasa A, Flores Torres I, Gozalo Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Rehabilitación. 2010;44(1):82-5.

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