



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/383 - LUMABALGIA: LA IMPORTANCIA DE REEVALUAR

F. Pastor Paredes^a, M. Romero Mayo^a, A. Romero Romero^b y A. Navarro Hermoso^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores. Granada. ^bUnidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Granada. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años, sin hábitos tóxicos, NAMC, DM2, Fibromialgia en seguimiento por CC.EE de Reumatología, síndrome depresivo, protrusión discal posterior C3-C4 postraumática. Discopatía degenerativa L5-S1 con protrusión discal foraminal derecha que condiciona moderado compromiso de espacio de la raíz emergente (descrita en RM el 25/6/2015). Paciente que acude por dolor lumbo-sacro de larga data, que desde hace 2 meses se ha reagudizado y comienza con irradiación a MID, ha consultado en varias ocasiones en estos días, rebelde a tratamiento (incluso con medicación corticoidea y opiáceos), que además cuando acude a nuestra consulta asocia debilidad en ambas piernas, con marcha dificultada por ello. Refiere además cansancio, sensación febril no termometrada.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 108/63. FC 83. Afebril. ACR: rítmica, sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: anodino. Lesiones eritematosas en resolución en espalda. Dolor a la palpación de apófisis espinosa a nivel L5 y sacro. Fuerza y sensibilidad conservadas. ROTs normales. Rx lumbosacra: se observa destrucción cuerpos vertebrales con disminución de espacios vertebrales de L4, L5, S1.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis infecciosa por *S. aureus* meticilín-sensible.

Diagnóstico diferencial: Estenosis de canal lumbar. Neuropatía diabética. Radiculopatía por hernia discal lumbar. Tumor medular y/o metástasis. Espondiloartrosis lumbar.

Comentario final: La lumbalgia es una patología muy frecuente en nuestra población. Es importante hacer una buena historia clínica y exploración atendiendo a la gravedad, irradiación, existencia de clínica neurológica, así como cambios en su dolor habitual. Se interconsulta a Neurocirugía donde la paciente queda ingresada a su cargo y posteriormente a Enfermedades Infecciosas con buena evolución.

Bibliografía

1. Pintado-García V. Espondilodiscitis infecciosa.
2. Candia de la Rosa RF, Candia-Archundia F, López-Reyes R, et al. Espondilodiscitis infecciosa. Un reto diagnóstico. Informe de un caso.

Palabras clave: Lumbalgia. Espondilodiscitis.