

424/1320 - ESTE LUMBAGO ME ESTÁ MATANDO

M. Sánchez González

Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años. HTA, Adenoma tubular sésil (no recibió quimio/radioterapia), osteoartrosis bilateral de cadera y columna lumbar. Atleta de élite 12 años. Niega hábitos tóxicos. Consulta por lumbalgia y coxalgia derecha (EVA-4) repentinas, sin traumatismo previo, ni sobreesfuerzo. Dolor continuo, no se modificaba con reposo/movimiento. Inicialmente se pauta analgesia simple (paracetamol, y desketoprofeno) y reposo deportivo. No consiguió controlarse con estas medidas, aumentó de intensidad (EVA-8) y requirió visita domiciliaria (ya asociaba impotencia funcional). Pensando en causas mecánicas: fracturas osteoporóticas, inflamatorias o malignas (metástasis) se completó anamnesis, sin identificarse banderas rojas (fiebre, sudoración, dolor nocturno, ni pérdida de peso).

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneico. ACR: normal. Dolor en músculos paraespinales (D9-12). Lasègue y Bragard: negativos. NRL: fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos: conservados, en MMII. Rx de columna: cambios degenerativos (D5-D12 (osteofitosis). Descarta fracturas e imágenes sugestivas de malignidad (osteolisis, hiperostosis). Se prescribe paracetamol/codeína. A las dos semanas vuelve: dolor, extendido a columna lumbar, y dificultando sueño nocturno (dormía sentado en sillón). Seguía sin presentar signos/síntomas alarmantes. Analítica: leucocitosis ($10.300/\text{mm}^3$) con neutrofilia, hemoglobina: 12,5 g/dl, PSA: 8,9 ng/ml, y VSG:100 mm/hora. Perfil hepático, renal y proteinograma: normales; sangre oculta en heces, serología hepática y luética: negativas. Como seguía empeorando se pide valoración por urólogo (descartó malignidad prostática) y consulta con internista de referencia que practica: gammagrafía ósea: hipercaptación del trazador en hombros, tórax (D5-D12) y lumbar (L4-L5). TAC de columna: severa estenosis L3-L4. Pedículos cortos. Abombamiento asimétrico del disco. Saco dural comprimido y desplazado posteriormente (interpretado por radiólogo como: hernia discal) L4-L5. Precisó morfina oral para controlar dolor y tres semanas después: laminectomía descompresiva. El examen anatomo-patológico del material escindido, reveló fragmentos osteocartilaginosos. Seguía requiriendo opioides, por lo que vuelve a su MAP. El examen físico: sin cambios. Analítica: leucocitosis ($7.200/\text{mm}^3$) y VSG elevada: 107 mm/hora. Desde AP se deriva de nuevo a MI, con alta sospecha de infección crónica/subaguda. Una PAAF del disco L4-L5; mostró: líquido turbio serohemático, cuyo cultivo desarrolló: Staphylococcus grampositivo-coagulasa+ (S. aureus, SAMR) pero tres hemocultivos y un urocultivo fueron negativos. No quedó claro si el agente aislado pudo resultar contaminación de muestra, aún así, empíricamente, se trató con vancomicina IV 7 semanas, que resolvió el problema. A posteriori supimos que consumía esteroides, vía parenteral, y que las punciones dérmicas-autoprovocadas-podrían haber sido el origen de infección.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis piogénica.

Diagnóstico diferencial: Osteoporosis, fractura osteoporótica, hernia discal, procesos malignos (metástasis, mieloma múltiple, linfoma, etc.).

Comentario final: Las "banderas rojas" de la lumbalgia incluyen: edad > 50 años, cáncer, pérdida de peso inexplicada, fiebre, sudoración profusa, dolor > 1 mes, ausencia de respuesta a terapia, empeoramiento en reposo, uso de drogas vía endovenosa e infección del tracto urinario. La fiebre solo aparece en el 4% de discitis piógenas. La ausencia de ciática: prácticamente descarta hernia de disco. Se sabe que el consumo de esteroides, vía parenteral, se relaciona con infecciones por saprofitos dérmicos. Gracias a la pericia e insistencia del MAP, que no encontraba correlación entre síntomas y hallazgos de pruebas, se pudo resolver el caso.

Bibliografía

1. Cordero-Delgado DA, Moheno-Gallardo AJ, Torres-González R, Mata-Hernández A, Elizalde-Martínez E, Pérez-Atanasio JM. Evidencia y recomendación del tratamiento antimicrobiano empírico en espondilodiscitis piógena: revisión sistemática. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2017;55Supl 1:S6-S13.

Palabras clave: Lumbalgia. Banderas rojas. Espondilodiscitis.