

424/2001 - DEJARSE LLEVAR Y NO REPLANTEARSE UN DIAGNÓSTICO

M. Orihuela Olivares¹ y B. Pérez Caamaño²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria La Laguna. Tenerife Norte.² Médico de Familia. Centro de Salud Tegueste. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 63 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo, fibrilación con anticoagulante oral, obesidad grado I. Acude a urgencias por dolor dorsolumbar punzante, sin irradiación, de aproximadamente 20 días de evolución, de intensidad progresiva hasta hacerse fijo. En esta primera consulta se pauta tratamiento analgésico y reposo. Posteriormente, acude en varias ocasiones al centro de salud, con el mismo diagnóstico inicial, dorsolumbalgia mecánica, se continua pautando tratamiento con antiinfamatorios, relajantes musculares y reposo. Tras dos meses sin mejoría clínica, se solicita radiografía y analítica. La paciente comienza a presentar, además del dolor, deterioro del estado general con incapacidad para moverse, pérdida de apetito y peso, motivo por el que se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Febrícula (37,7 °C). Eupneica. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral y de apófisis espinosas a nivel lumbar. Lasègue y Bragard negativo. En urgencias: Elevación de reactantes de fase aguda, en TAC/RM datos compatibles con espondilodiscitis D9-10.

Orientación diagnóstica: Lumbalgia crónica inflamatoria con signos de alarma.

Diagnóstico diferencial: Causas lumbalgia inflamatoria: espondiloartropatía, neoplasia (tumores malignos pélvicos/espinares, metástasis vertebrales), infecciosa (espondilodiscitis, infección abdominal, absceso intrabdominal), aneurisma de aorta.

Comentario final: El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (prevalencia 14,8% en España). El 85% de los casos son lumbalgias simples, a pesar de los factores de riesgo de la paciente (obesidad, mujer, exceso de trabajo, ansiedad, cuidadora principal.), pueden errar el diagnóstico. En este caso el diagnóstico final fue espondilodiscitis D9-10. Por lo tanto, una característica que hace diferente a nuestra especialidad es el seguimiento longitudinal, el haber acudido en varias ocasiones sin mejoría tras el tratamiento, nos debe hacer replantearnos el diagnóstico.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Compendio de Atención Primaria. Elsevier, 2016; pp. 565-6.
2. Wheeler S, Wipf J, Staiger T. Evaluation of low back pain in adults. (internet). Uptodate; 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

Palabras clave: Lumbalgia. Lumbalgia inflamatoria. Espondilodiscitis.