

424/2405 - CUANDO UNA LLAMADA NO ES SUFFICIENTE

J. Dorado Fajardo¹, G. Mestre Reoyo², E. Alaminos Tenorio¹ y L. Ávila Álvarez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ²Médico de Familia. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que realizó una consulta telefónica a su médico de familia (MF) por presentar dolor lumbar severo de días de evolución y síndrome miccional de dos días de evolución, solicitando prescripción de analgésicos. Ante la falta de información y de una exploración básica, su MF decidió acudir al domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración inicial: Postrada, afebril, con dolor en región lumbar. Abdomen: distendido, sin masas ni megalías, con dolor en hipogastrio que impresiona de globo vesical. EEII: tono muscular disminuido con reflejos osteotendinosos conservados. Ante sospecha de retención urinaria, se trasladó a urgencias para proseguir valoración. Ecografía abdominopélvica: leve ectasia renal bilateral sin litiasis ni causa obstructiva evidente, vejiga con discreto engrosamiento difuso de pared. Ante esta clínica se procedió a sondaje vesical. Tras valoración por Traumatología, se solicitó resonancia magnética de columna lumbosacra: tenue hipercaptación de contraste del cono medular, engrosamiento del saco dural distal con hiperrealce tras la inyección de gadolinio desde el nivel L4-L5 hasta S3 aproximadamente, que se correlaciona con posible síndrome de Guillain-Barré. Se realizó punción lumbar con resultado de líquido claro, que se envió para análisis bioquímico y cultivo. Ingresada en hospital para estudio por Neurología, la paciente presentó fiebre mantenida $> 39^{\circ}\text{C}$. Cultivo líquido cefalorraquídeo: Fusobacterium nucleatum. Se pautó tratamiento con antibióticos y corticoides, siendo alta al mes.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Guillain-Barré.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia, cistitis, neuropatías de origen central o periférico.

Comentario final: Desde la posición del MF, es muy importante diferenciar cuadros que a priori pueden ser banales de otros que pueden presentar un desenlace fatal para el paciente. Es importante incidir en la anamnesis y exploración física como base del diagnóstico apoyándose en las pruebas complementarias precisas para diagnosticar adecuadamente. La atención domiciliaria realizada por su MF fue crucial para la exitosa resolución del cuadro clínico de la paciente.

Bibliografía

1. Parrilla Ruiz FMM, Aguilar Cruz I, Cárdenas Cruz D, Cárdenas Cruz A. Manejo urgente de la retención aguda de orina en hombres. Aten Primaria. 2013;45 (9):498-500.

Palabras clave: Retención urinaria. Espondilodiscitis. Atención domiciliaria.