



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/574 - LO QUE ESCONDE UNA DORSOLUMBALGIA

M. Camejo Lemus¹, S. Fernández Pérez², A. Medina Santos¹ y A. Mesa Hernández¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. ²Médico Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, usuario de drogas por vía parenteral, mal cumplidor, que acude a Urgencias de su centro de salud por dolor de espalda de un año de evolución, con episodios de exacerbación del dolor, refractario al tratamiento. Durante este tiempo, ha acudido a su médico de atención primaria en varias ocasiones, quien diagnostica de dorsolumbalgia y pauta analgesia creciente. Como viaja frecuentemente a Alemania, acude allí a su neurólogo (que realiza seguimiento por otros motivos), quien pauta parches de fentanilo así como rescates del mismo fármaco. Desde hace 6 meses se añade al cuadro picos febriles de hasta 40 °C de forma puntual, por los cuales no consulta y se automedica con paracetamol. Además, cada vez que tiene dolor, se administra heroína y “otras sustancias” vía parenteral. Este último episodio de dolor, se acompaña desde hace una semana de pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores. Tras la exploración y las pruebas complementarias realizadas en atención primaria, se deriva de forma urgente, a Urgencias Hospitalarias por sospecha de dorsolumbalgia de etiología infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias: Osteomuscular, columna dorso-lumbar: Dolor a la presión en apófisis espinosas dorsales bajas y lumbares, con clara deformidad de la columna. Neurológico: fuerza 2/5 en miembro inferior izquierdo, 3/5 en miembro inferior derecho. Arreflexia en ambos miembros inferiores. Laboratorio: analítica de sangre. Hemograma: leucocitos 11.100 U/L, segmentados 7.800 U/L. Bioquímica PCR (ultrasensible) 4,5 mg/dl. Imagen: radiografía de tórax PA y lateral. En la proyección lateral, se observa desestructuración de cuerpos vertebrales dorsales bajos. Resonancia magnética (RM) columna: espondilodiscitis dorsal baja con destrucción del cuerpo vertebral y mielopatía asociada.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis con destrucción vertebral dorsal baja. Compromiso medular asociado. Usuario de drogas por vía parenteral. Dolor mal controlado.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia mecánica: distensión muscular y lesiones ligamentosas; fractura vertebral; hernia de disco; estenosis del canal lumbar; espondilólisis y espondilolistesis; alteraciones anatómicas, sobrecarga funcional. Lumbalgia no mecánica: tumores, espondiloartropatías seronegativas, infecciones (osteomielitis, absceso epidural, paravertebral).

Comentario final: La espondilodiscitis es una infección del disco y de la vértebra adyacente, es más común en la región lumbar. El germen más frecuente es el *Staphylococcus aureus*. El síntoma más frecuente de presentación es el dolor lumbar, que aumenta con cualquier movimiento, se alivia en reposo. La fiebre es un síntoma inconstante. Hay escasos hallazgos de laboratorio que indiquen infección. El diagnóstico de imagen de elección es la RM. El tratamiento consiste en inmovilización (reposo en cama y después inmovilización

con corsé) y antibioterapia intravenosa prolongada (durante 4-6 semanas), seguida de otro periodo similar de antibióticos orales.

Bibliografía

1. Fistera. Guía clínica de Lumbalgia. Disponible en: <https://www.fistera-com.scs.a17.csinet.es/guias-clinicas/lumbalgia/>. Consultado: 01/05/2019.
2. Graña D, Gutiérrez MI, Torres D, et al. Espondilodiscitis Bacteriana Inespecífica: una afección con incidencia creciente. Arch Med Int. 2014;36(2):55-9.

Palabras clave: Dorsolumbalgia. Espondilodiscitis.