

424/501 - FIEBRE, DISURIA Y DOLOR LUMBAR EN VARÓN QUE PRECISA VALORACIÓN EN URGENCIAS

P. Domínguez Sánchez¹, J. Naldrett Brophy² y M. Herrera Bernal¹

¹Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.²Médico de Familia. SUMMA 112. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años. No reacciones alérgicas a medicamentos. Hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, fractura osteoporótica D7 y D11, espondiloartrosis, hernia discal L4-L5, nefrolitiasis. Púrpura idiopática. Tratamiento crónico: losartán/hidroclorotiazida, furosemida, teriparatida, calcio, vitamina D, oxicodona/naloxona, pregabalina. Acude a su médico por disuria, orinas malolientes y dolor lumbar. Inicialmente tratado con cefuroxima. A las 24 horas tiritona, fiebre y dolor muy intenso a nivel lumbar, diferente a situación basal por patología osteoarticular. Se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias consciente, orientado y colaborador, regular estado general, bien hidratado y perfundido, no focalidad neurológica. Tensión arterial 150/100 mmHg, afebril. Abdomen: dolor a la palpación de flanco izquierdo. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales y lumbares. Edemas maleolares. Analítica: 22.650 leucocitos/mm³ (95,40% neutrófilos), plaquetas 41.000/mm³, TTpa 21,9 seg, PCR 198,2 mg/dl, 250 leucocitos orina. Ecografía abdominal: riñones de hasta 14 cm, cortical conservada, quistes bilaterales, el mayor en RI con contenido ecogénico en su interior. Pico febril 38,6 °C, se extraen hemocultivos (positivo para *Proteus mirabilis*), urocultivo. Iniciamos tratamiento con ceftriaxona 2 g iv. Evolución tórpida: pérdida de sensibilidad y fuerza en zona perineal y en miembros inferiores. Paraplejía completa, reflejos osteotendinosos rotulianos, aquileos y bulbocavernoso abolidos. Sospecha de espondilodiscitis: añadimos cloxacilina al tratamiento. Valoración por neurología/traumatología realizando RMN: fractura compresiva de cuerpos vertebrales D7 y D11 con disminución de cuerpos vertebrales compatibles con fractura aguda. Protrusión muro posterior D11 en canal medular, condicionando estenosis con desplazamiento y compresión del cordón medular. Colección localizada en espacio epidural anterior a nivel D7-D9. Protrusión L4-L5. Quistes renales, en polo inferior de RI colección hemática. Se deriva a hospital de referencia valoración conjunta de neurocirugía y unidad de columna.

Orientación diagnóstica: Paraplejía aguda en el contexto de espondilodiscitis sobre fractura osteoporótica subaguda posiblemente secundaria a bacteriemia por *Proteus mirabilis* por sepsis de origen urinario.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis, síndrome de Guillain Barré, espondiloartrosis.

Comentario final: El médico de atención de primaria fue clave, para sospechar la presencia de complicación de su patología de base. Conociendo la situación basal de nuestros pacientes seremos capaces de distinguir enfermedades banales de las urgentes.

Bibliografía

1. Caspa-Grasa A, Flores-Torres I, Gozalo-Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. *Rehabilitación*. 2009;44:82-5.

Palabras clave: Lumbalgia. Fiebre. Urgencias.