



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

## 482/1360 - DOCTORA, ESTE LUMBAGO NO SE ME QUITA

M. de Miguel Enrique<sup>1</sup>, R. Martín Jiménez<sup>2</sup> y R. Méndez Barrantes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Valdesalor. Cáceres. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Norte-Manuel Encinas. Cáceres. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sur-San Jorge. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 90 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y asma que acudía reiteradamente a la consulta durante 2 semanas refiriendo dolor lumbar no irradiado a miembros inferiores, sin radiculalgia ni hipoestesia en silla de montar, con aumento progresivo de impotencia funcional, y persistencia a pesar de analgesia pautada. Además, en la última consulta, refería dificultad para la micción de 2 días de evolución con recorte de diuresis. No contaba fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable, temperatura de 37,6 °C. Presentaba dolor a la palpación de apófisis espinosas L1-L3 y dolor lumbar puro a la bipedestación, sin poder explorar la marcha por impotencia funcional. No se objetivó pérdida de fuerza ni alteraciones de la sensibilidad. Los reflejos osteotendinosos rotulianos eran normales y simétricos. Signos de Lasègue y Bragard negativos. La exploración abdominal fue normal. Se solicitó análisis general de sangre que se extrajo en ese momento, y se realizó sondaje vesical con obtención de 1.100 cc de orina. Ante la presencia de febrícula y la sintomatología, se contactó con el Servicio de Urgencias del hospital y fue derivada. En Urgencias se visualizó en la analítica leucocitosis de 24,1 mil/mm<sup>3</sup> y PCR de 402 mg/L. Se solicitó TC toraco-abdominal que informaron como espondilodiscitis a nivel L1-L2 y absceso epidural anterior. Fue valorada por Neurocirugía y se solicitó RMN de columna lumbar, confirmando el diagnóstico.

**Orientación diagnóstica:** Absceso epidural.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de cauda equina. Osteomielitis vertebral. Absceso epidural.

**Comentario final:** Las causas de dolor lumbar suelen ser de poca gravedad en la mayoría de los casos, pero hay ciertos hallazgos (conocidos como signos de alarma) que se pueden detectar mediante la anamnesis y la exploración física, que pueden orientar sobre la etiología de una patología que puede precisar tratamiento inmediato. Es muy importante orientar con la mayor precisión posible una hipótesis diagnóstica, ya que el absceso epidural espinal es poco frecuente y puede pasar desapercibido por la presentación clínica compartida con otras entidades causantes de dolor lumbar.

### Bibliografía

1. Valle Calvet M, Olivé Marqués A. Signos de alarma de la lumbalgia. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(1):24-7.
2. Larios Camacho S. Absceso epidural. Rev Mex Anestesiol. 2019;42(4):281-4.

**Palabras clave:** Absceso epidural. Fiebre. Dolor de espalda.