



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

482/373 - DOLOR LUMBAR CRÓNICO. MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA QUE PUEDE COMPLICARSE

A. Martínez de Mandojana Hernández¹, J. Martínez de Mandojana Hernández², C. Esaá Caride³ y C. Vela Martín⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor-Tájar. Huétor Tájar. Granada. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada I. Ponferrada. León. ³Especialista en Oftalmología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Salar. Salar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 49 años, en seguimiento por su médico de familia por dolor dorso-lumbar desde hace un año, que se inició tras un esfuerzo físico puntual. La radiografía de columna dorso-lumbar resultó anodina. Comenzó tratamiento con antiinflamatorios, con buena respuesta inicial, pero el dolor ha progresado en las últimas semanas, de carácter inflamatorio y refiriendo cansancio excesivo. En tratamiento actual con mórficos. Antecedentes personales: Artritis Reumatoide en tratamiento con metotrexato.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general afectado, no tolera bipedestación. Columna dorso-lumbar sin deformidades ni signos flogóticos. Dolor a punta dedo en apófisis espinosas D12-L1. Fuerza 5/5 miembros superiores, 3/5 miembros inferiores con reflejos osteotendinosos exaltados. Sensibilidad táctil y algésica conservadas. Se solicita radiografía columna dorso-lumbar, apreciando lesión osteolítica con fusión D12-L1; y analítica: hemoglobina 11,2 g/dL, PCR 14 mg/L. Se deriva a Traumatología preferente e ingresa para completar estudio. Resonancia magnética: cambios de espondilodiscitis D12-L1, probable origen tuberculoso. IGRA (+).

Orientación diagnóstica: Lesión osteolítica compatible con Espondilodiscitis tuberculosa D12-L1, en contexto de tuberculosis latente.

Diagnóstico diferencial: Incluye causa mecánica (esfuerzo, traumatismo) o causa no mecánica: infecciosa (osteomielitis vertebral por *Staphylococcus aureus*, tuberculosis, brucelosis, neoplásica (metástasis óseas), degenerativa (artrosis, osteoporosis).

Comentario final: Ante cuadro de lumbalgia, orientar el diagnóstico según gravedad, irradiación y existencia de clínica neurológica. La tuberculosis espinal o “Mal de Pott” por *Mycobacterium tuberculosis*, aunque infrecuente, está presente en nuestro medio, entre 40-60 años. Factor de riesgo en esta paciente, tratamiento inmunosupresor. El dolor, presente desde el inicio, progresó de forma leve de carácter mecánico a ritmo inflamatorio. La localización más frecuente a nivel locomotor es la columna dorsal, donde habitualmente el tratamiento es conservador, pero algunos casos, requieren cirugía. Las lesiones pueden no ser visibles al inicio, y aunque la resonancia magnética es el método de elección en el diagnóstico, la radiología convencional es importante en el despistaje de lesiones.

Bibliografía

1. Calvo G, Calvo D, González A. Abordaje multifactorial del dolor crónico no neoplásico en Atención Primaria. FMC. 2017;24(Supl 4):1-55.
2. Ramírez MA, Arenal R, Anino J, Villasanti N. Mal de Pott: una causa infrecuente de dolor dorsolumbar en nuestros días. Reumatol Clin. 2016;12(2):109-11.

Palabras clave: Columna dorsolumbar. Espondilodiscitis. Tuberculosis.