



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

A. Martínez de Mandojana Hernández<sup>1</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>2</sup>, C. Esaá Caride<sup>3</sup> y C. Vela Martín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor-Tájar. Huétor Tájar. Granada. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada I. Ponferrada. León. <sup>3</sup>Especialista en Oftalmología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. <sup>4</sup>Especialista 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 morfínicos. 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, progresa 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.