



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/473 - FIEBRE EN DOLOR LUMBAR

A. Pulido Arribas¹, C. Domínguez Carceller², L. Vives González³ y L. García Salvago⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CS I. Benifaió, Benifaió, Valencia. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CS I. Benifaió, Benifaió, Valencia. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CS I. Benifaió, Benifaió, Valencia. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algemés, Algemés, Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años con antecedentes de hipertensión arterial, sin otros factores de riesgo cardiovascular, en tratamiento con inhibidor de enzima convertidora de angiotensina 5 mg/día. Trabajo: pintor. Actualmente en paro. Acude a la consulta de Atención Primaria, por cuadro de dolor sordo lumbar y sensación distérmica de 3 días de evolución. Describe un dolor inespecífico que no se irradia ni se modifica con la postura. No asocia síndrome miccional, ni alteración en ritmo deposicional. Niega sobre esfuerzo físico. Refiere episodio de catarro común hace 1 semana que fue tratado con analgesia y antitérmicos sin mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreado y normohidratado. En consulta temperatura 37,8 °C. Tensión arterial 135/67 mmHg. Saturación oxígeno 98% aire ambiente. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino, con puñopercusión renal bilateral negativa. No presentaba dolor a la palpación vertebral. No limitación flexo-extensión. Maniobras punta-talón, Lasègue y Bragard negativas. No pérdida de fuerza ni sensibilidad en extremidades superiores ni inferiores. Miembros inferiores: no edema, pulsos palpables. Tira reactiva de orina con ligera hematuria (+) sin otros hallazgos. Radiografía tórax: condensación base derecha con mínimo pinzamiento costofrénico.

Orientación diagnóstica: El cuadro de fiebre, malestar general de una semana de evolución nos orienta a un cuadro infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria, cólico renal, infección respiratoria.

Comentario final: La neumonía adquirida en la comunidad se define como una infección de parénquima pulmonar adquirida fuera del ambiente hospitalario, siendo variable su mortalidad. Desde primaria es importante la correcta anamnesis y exploración física para la orientación diagnóstica puesto que actualmente no hay métodos con una sensibilidad y especificidad del 100%, siendo el tratamiento inicialmente empírico. Especialmente relevante para el médico de Atención Primaria, es el estudio radiológico posterior para comprobar la resolución del cuadro y hacer diagnóstico diferencial con nódulos de otras etiologías.

Bibliografía

1. Marrie TJ, Bartlett JG, Thorner AR. Epidemiology, pathogenesis, and microbiology of community-acquired pneumonia in adults. UpToDate. [consultado 11/2009]. Disponible en:

<http://www.utdol.com/home/index.html>

2. Grupo de Estudio de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR)-SEPAR. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2005;41:272-89.

Palabras clave: Neumonía. Infección. Lumbalgia.