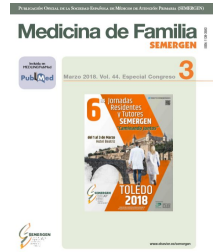




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

333/173 - INFLAMACIÓN ARTICULAR GLOBAL

P. Sánchez-Seco Toledano¹, J. Hergueta Gonzalez², B. Yuste Martínez³, A. García García⁴, L. López Benito⁵, R. Piedra Castro⁶.

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca Henares. Guadalajara. ²Médico Internista. Hospital Universitario de Guadalajara. ³Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca Henares. Guadalajara. ⁴Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca Henares. Guadalajara. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Alamin. Guadalajara. ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, diabético, con espondilitis anquilopoyetica en tratamiento con anti-TNF y con hernias a nivel lumbar, que tras una semana de dolor a dicho nivel acude a Urgencias. Tras exploración física se pauta analgesia iv y es dado de alta con diagnóstico de lumbalgia mecánica. A la 24 horas acude de nuevo a Urgencias por fiebre e inflamación de rodilla siendo ingresando por cuadro de bacteriemia por SAMS, siendo la probable puerta de entrada una herida supurante en dorso de mano izquierda. Como complicaciones relacionadas con la bacteriemia el paciente presenta una osteomielitis en L5 y espondilodiscitis en los espacios L5-S1 y L3-L4 y una artritis séptica de rodilla derecha con infección de prótesis de rodilla por diseminación hematológica. Durante el ingreso el paciente presenta además un brote articular de su Espondilitis Anquilopoyetica con artritis periférica de tobillo izquierdo, hombro derecho y manos, en probable relación con suspensión de medicación inmunosupresora por proceso infeccioso activo actual.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 38.0°C TA: 185/108 mmHg. Rigidez a nivel cervical y lumbar con limitación de los movimientos secundaria al dolor. Hemograma: Aislados agregados plaquetarios. Bioquímica. Glucemia 311, Creatinina 1.45, PCR: 341.3. A nivel hospitalario: TAC cerebral, RMN columna.

Juicio clínico: Osteomielitis en L5 y Espondilodiscitis en los espacios L5-S1 y L3-L4 por diseminación hematológica.

Diagnóstico diferencial: Hernia discal, fractura, lesión metastásica, brote de espondilitis anquilopoyética, enfermedad degenerativa.

Comentario final: La espondilodiscitis es una enfermedad poco frecuente, su incidencia ha aumentado en los últimos años debido a la mayor frecuencia de procedimientos quirúrgicos espinales. La infección hematológica es la causa más común. La infección piógena, producida por *Staphylococcus aureus*, es la forma más frecuente de enfermedad, aunque la tuberculosis y la brucelosis son todavía una etiología frecuente en nuestro país. La presentación clínica es inespecífica, lo que condiciona un gran retraso diagnóstico. La resonancia magnética es la técnica

de imagen más sensible. El tratamiento antibiótico prolongado y ocasionalmente la cirugía son esenciales para conseguir la curación.

Bibliografía

Lehovsky J. Pyogenic vertebral osteomyelitis/disc infection. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 1999;13:59-75.

Palabras clave: Dolor lumbar. Diabetes. Espondilodiscitis. Inmunosupresión.