



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-093 - Lumbalgia sin Esfuerzos

V.R. Quinto Lechado^a, M. Gorospe Molina^b, C.A. Carrasco Vidoz^a, R.C. Fuentes Mendoza^c, L. García Haba^a y C.F. Basante Acurio^d

^aCS Pedro de la Fuentes Bargas. ^bCS Benquerencia. ^cCS La Puebla de Montalbán. ^dConsultorio Olias del Rey.

Resumen

Descripción del caso: Antecedente personales: varón de 56 años. No alergias medicamentosas conocidas. Ha trabajado conduciendo un camión y en la actualidad es encargado de un almacén. Lumbalgia con resonancia magnética con mínima protrusión discal L5-S1. Motivo de consulta: acude a Consulta por febrícula de 2 meses de evolución con dolor lumbar, dificultad a la micción, así como dolor articular en cintura escapular y rodillas. No rigidez matutina, no úlceras orales, ni lesiones cutáneas.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 120/80. FC: 85, T: 38,5 °C. Auscultación cardiopulmonar: Normal. Abdomen: globuloso, dolor a la palpación en marco cólico e hipocondrio derecho. Hepatomegalia lisa de 2 traveses. Aparato locomotor: No inflamación articular. Columna lumbar: dolor a la exploración a nivel de L5 y sacroilíacas bilateral. BQ general: Normal. Inmunidad: inmunoglobulinas IgG 11.890, IGA 687, IgM 77, FR 20, ANA negativo, proteína C 127. Estudio de brucella: rosa de bengala positivo 1/16, Aglutinación positivo 1/640, Test de Coombs positivo 1/5120. Resonancia magnética columna: Los cuerpos vertebrales L4-L5 muestran hiposeñal T1 e hiperseñal T2 en la porción izquierda de los platillos intervertebrales. Hernia paracentral derecha L4-L5. Protrusión discal de base amplia L5-S1 que estrecha ambos recesos laterales. Hemocultivos: Brucella Sp. Gammagrafía de columna: Hipercaptación patológica intervertebral en columna lumbar baja a nivel L5-S1 izquierdo, de tipo degenerativo. Al recibir los resultados de laboratorio iniciamos tratamiento con estreptomicina, rifampicina y doxiciclina. Hasta 8 semanas de tratamiento.

Juicio clínico: Brucelosis con evidencia de afectación osteoarticular. RM al año de seguimiento en consulta: espondilodiscitis L4-L5 con una marcada disminución de las alteraciones radiológicas comparado a RM previa que traducen una evolución favorable. No se objetiva absceso epidural.

Diagnóstico diferencial: Agudización de su discopatía. Cólico renal. TB lumbar. Brucelosis lumbar. Contractura lumbar. Pielonefritis aguda.

Comentario final: La brucelosis ha sido bien conocida en las últimas décadas como una zoonosis de distribución mundial. La enfermedad humana se ha asociado con el contacto directo con el ganado, propio de algunas profesiones como pastores, ganaderos, matarifes, etc. La espondilitis es infección que tiene predilección sobre la columna lumbar y puede involucrar la totalidad del cuerpo vertebral con preservación de la arquitectura vertebral, a pesar de la presencia de espondilodiscitis, es el sello que la distingue de otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis. El principal síntoma es la Lumbalgia y el diagnóstico definitivo de la enfermedad requiere el aislamiento de Brucella, el cual suele hacerse en los hemocultivos; En nuestro caso dado que el paciente presentaba una discopatía de base es que confundía, pero por ir

acompañado de fiebre es que se debe plantear como posibilidad y solicitar en la primeras pruebas desde atención primaria una serología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horta Coba LF. Lumbalgia por brucelosis. Medigrafix. 2013;9.
2. Calvo del Olmo T, Reverte Tejudo D. La brucelosis después del tratamiento: diagnóstico de las recidivas. Med Clin. 1992;99:13-6.
3. Ariza J, Pellicer T, Pallarés R, Foz A, Specific antibody profile in human brucellosis. Clin Infect Dis. 1992;14.