

Autores: Carmen De La Hoz Regules¹, Carolina Cayón De las Cuevas², Raquel S. Castro Prieto³, Francisco J. Álvarez Álvarez⁴, Amparo R. Fernández Escudero⁵. José María Muñoz Pérez⁶.

Centro de Trabajo: Médico de familia-SUAP Suances¹, Médico de Familia-C.S.Sardinero², Médico de Familia-C.S.Selaya³, Médico de Familia-C.S. Nansa⁴, Médico de Familia-Sustituto⁵, Médico de Familia-C.S. Liébana⁶. Servicio Cántabro de Salud.

INTRODUCCION:

La lumbalgia es una patología muy frecuente, tanto de la consulta de atención primaria como de consulta urgente. Un 40% de nuestros pacientes presenta dolor de espalda en algún momento de su vida y en un 15% de ocasiones les invalida, causando bajas laborales. Presentamos una espondilodiscitis infecciosa, poco frecuente en las lumbalgias habituales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón jubilado de 67 años que acude por lumbalgia hace 5 días. No antecedentes de interés. Vida activa y deportista. A la exploración física presenta dolor a palpación lumbar, sin incapacidad funcional, no irradiación ni afectación del descanso nocturno.

Se diagnostica de lumbalgia mecánica. Se prescribe ibuprofeno y reposo relativo.

A la semana vuelve a consulta por empeoramiento, persiste el dolor e impotencia funcional, el dolor se ha hecho de reposo, altera el ritmo nocturno. Añadimos un inyectable con corticoide más vitamina B. Solicitamos radiología raquis lumbo-sacro que se informa como leve artrosis lumbar. Cambiamos tratamiento pautando tramadol, desketoprofeno y diazepam al acostarse.

No presenta mejoría y aparece febrícula por lo que ingresa en Medicina Interna donde se solicita resonancia raquídea que se informa como espondilodiscitis L3-L4 (imagen 1). Se diagnostica de espondilodiscitis por estreptococo aureus.

Diagnostico diferencial con lumbalgia mecánica, fracturas, tumores u osteomielitis.

ESTRATEGIA DE ACTUACION:

Anamnesis dirigida a traumatismo previo, infecciones recientes, procesos invasivos, uso de drogas endovenosas, hospitalizaciones y enfermedades concomitantes.

Exploración general de focos infecciosos, signos de venoclisis y auscultación cardiopulmonar con búsqueda de soplos cardíacos, descartando endocarditis.

Analítica de sangre con velocidad de sedimentación y proteína C reactiva. Obtención de hemocultivos, serología para *Brucella* y *Mantoux*.

Radiografía simple, técnica sencilla que suele evidenciar alteraciones.

La tomografía axial computerizada permite visualización precoz y completa, útil guiando la biopsia vertebral.

La Resonancia magnética nuclear es la técnica más sensible y específica.

La gammagrafía ósea queda como alternativa para pacientes que no pueda hacerse TAC o RM.

PALABRAS CLAVE:

Lumbalgia. Espondilodiscitis.

BIBLIOGRAFIA:

1. Danza A, Roca F, Batista I. Espondilodiscitis infecciosa en el Hospital de Clínicas. Análisis de una seire de 10 casos. Período 1997 – 2007. Arch Med Interna 2010; XXXII (1): 09-12.
2. Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. N Engl J Med 2001; 344(5): 363-70.



Imagen 1