

CUANDO ES PEOR EL REMEDIO QUE LA ENFERMEDAD

1026

Jiménez González, EM (1). Fignani Molina, CA (2). Alguacil Cubero, P (3)

(1) MIR 4 MFYC C.S. La Chana.
(2) MIR 2 MFYC C.S. La Chana
(3) Médica de familia. C.S. La Chana



Hombre 50 años. Sin APS de interés.

Lumbalgia mecánica tras esfuerzo

**No mejoría con AINEs:
Acupuntura**

**Días después:
Malestar general,
fiebre, aumento de
lumbalgia,
imposibilidad para
la flexión de
miembro inferior
izquierdo**

**Tratamiento con ceftriaxona +
cloxacilina iv.
Posteriormente, hemocultivos
(+) para S.Aureus. Se añade
gentamicina.
Buena evolución posterior.**

**RMN: osteomielitis de L3
y L4 con abscesos de
partes blandas en ambos
psoas y discreta
extensión al canal
medular en L3-L4.**

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Cada vez con más frecuencia se practican maniobras diagnósticas y terapéuticas invasivas. Probablemente por esto, se han visto aumentados los casos de osteomielitis/espondilodiscitis.

Existen en la literatura seis casos descritos de osteomielitis secundaria a acupuntura, aunque bien es cierto que no puede determinarse a ciencia cierta que este fuera su origen. La eficacia de dicha actividad es controvertida, aunque parece imprescindible que si se realiza sea por un profesional y en condiciones ideales de asepsia.

Palabras clave: Spondylodiscitis, low back pain, acupuncture
Bibliografía: Spondylodiscitis, low back pain, acupuncture
Godhania V. Lumbar spine osteomyelitis and epidural abscess formation secondary to acupuncture. J Surg Case Rep. 2016 Mar 13;2016(3). doi: 10.1093 / JSCR / rjw035
Pintado García V. Espondilodiscitis infecciosa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:510-7
Capa-Grasa A. Flores-Torres I, Gonzalo-Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Rehabilitación (Madr). 2010;44:82-5.