



212/277 - LUMBALGIA AGUDA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA

D. Saghin Saghin, C. Avón Gómez, E.J. de la Torre Lozano, M.Á. Ruiz Muñoz y M.P. Carrasco Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud Miguelturra. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años con hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio inferoapical en 2002, enfermedad renal crónica grado 2, hipertrofia benigna de próstata con dudoso carcinoma de próstata en tratamiento con bicalutamida, exfumador de 2 paquetes al día con lumbalgia no traumática desde hace 2 meses cuya intensidad va en aumento no controlándosele con dosis altas de fentanilo transdérmico. Dolor en reposo exacerbado por la sedestación y deambulación. Fiebre vespertina en las 72 últimas horas de 38 °C con episodios de desorientación.

Exploración y pruebas complementarias: Atención Primaria: tensión arterial 100/70, frecuencia cardiaca: 93 latidos por minuto, temperatura 37,8 °C. Eupneico en reposo. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos, Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Sin edemas de extremidades. Lasegue positivo bilateral, Reflejos osteotendinosos positivos y simétricos. Sin alteración de la estereognosia ni la artrocíntica. Radiografía programada lumbosacra: rectificación de la lordosis con signos degenerativos con osteofitos y borramiento del platillo inferior de L2 y superior de L3. Hospital: hemocultivos: aislándose *Enterococcus faecalis*. Gammagrafía ósea con intenso aumento de la actividad osteogénica a nivel de L2 y hemivértebra derecha de L3. Ecocardiograma transesofágico con prolapso de la válvula mitral con imágenes sugerentes de endocarditis bacteriana e insuficiencia mitral moderada-grave.

Juicio clínico: Endocarditis por *Enterococcus faecalis* con insuficiencia mitral moderada-grave por rotura de cuerdas tendinosas y espondilodiscitis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen tumoral con dolor por metástasis óseas que fue el diagnóstico de sospecha con el que se derivó al paciente a Urgencias del hospital.

Comentario final: La incidencia de espondilodiscitis es elevada en la tercera edad debiendo descartarse siempre la endocarditis infecciosa, especialmente en pacientes con antecedentes de patología valvular cardiaca.

Bibliografía

1. Morelli S, Carmenini E, Caporossi AP, et al. Spondylodiscitis and infective endocarditis: case studies and review of the literature. *Spine*. 2001;26:499-500.
2. Kerkenaar ME, van Marum RJ, Sprong T, Bootsma JE. Spondylodiscitis in the elderly. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160:A9375.

Palabras clave: *Espondilodiscitis. Endocarditis. Lumbalgia.*