



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1752 - LO QUE LA LUMBALGIA ESCONDE

R. Espejo Torres¹, B. Granados López² y C. Rodríguez San Pío³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vúcar. Vúcar. Almería.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vúcar. Vúcar. Almería. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus 2 y diálisis por nefropatía diabética, en tratamiento con insulina y losartán. Acudió a su médico por lumbalgia de 15 días de evolución. Tras 5 días con analgesia, reconsultó por persistencia del dolor y pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores hasta imposibilidad para movilización de ambas piernas, acompañado de estreñimiento y dificultad para la micción, por lo que se derivó a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor en región dorsolumbar con apofisalgia. Fuerza 5/5 en miembros superiores, sensibilidad conservada. Paresia flácida en grupos musculares de miembros inferiores y nivel sensitivo-D9. Reflejos tendinosos y cutáneos abolidos. Aumento de reactantes de fase aguda. Ante sospecha de mielopatía transversa, se realizó resonancia magnética urgente, apreciándose absceso epidural con compresión medular a nivel D9 con hallazgos compatibles con espondilodiscitis D9-D10. Se extrajeron hemocultivos y se inició antibioterapia empírica: daptomicina 8 mg/kg/día y ceftriaxona 1 g/12h vía intravenosa. Se interconsultó para valorar intervención urgente.

Orientación diagnóstica: Mielopatía transversa.

Diagnóstico diferencial: Hematoma retroperitoneal, hernia discal.

Comentario final: Se nos presenta una paciente con sintomatología de afectación medular transversa corroborada por la exploración. Ante estos datos, se establece un diagnóstico diferencial incluyendo entidades de naturaleza inflamatoria, vascular, toxicometabólica, neoplásica o infecciosa. El proceso diagnóstico incluye punción lumbar y resonancia magnética para identificar posible causa tratable. Una vez demostrada la presencia de absceso, se debe iniciar antibioterapia precozmente previa realización de hemocultivo. El germen más frecuente responsable de este tipo de infecciones es *Staphylococcus aureus*, aunque pueden encontrarse otros como estreptococos del grupo *viridans*, *E. coli* o *Pseudomonas*. La aparición de abscesos epidurales está relacionada con diversos factores de riesgo, entre los que destaca la diabetes o hemodiálisis, por lo que, en este caso, debería asegurarse la cobertura de estas bacterias; la antibioterapia empírica de elección consiste en una combinación de cloxacilina y ceftriaxona o cefotaxima aunque, por los motivos expuestos, se opta por daptomicina en lugar de cloxacilina.

Bibliografía

1. West TW. Transverse myelitis--a review of the presentation, diagnosis, and initial management. *Discov Med.* 2013;16(88):167-77.
2. Babic M, Simpfendorfer CS, Berbari EF. Update on spinal epidural abscess. *Curr Opin Infect Dis.* 2019;32(3):265-271.
3. Beh SC, Greenberg BM, Frohman T, Frohman EM. Transverse Myelitis. *Neurol Clin.* 2013;31(1):79-138.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Dorsalgia.