



P-313 - DOCTOR, ME DUELE MÁS LA ESPALDA

L. Sánchez Cabanes^a, J.V. Galán Bernardino^a, A. Castillo Carsi^b, R. Espinosa López^c, C. Soria Garzón^c y E. Ferré Rubio^b

^aCS Moncada. ^bCS Paterna. ^cCS Burjassot.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés ni tratamientos previos que acude a la consulta de atención primaria por dolor a nivel de la zona lumbar de semanas de evolución de características mecánicas, sin traumatismo previo, ni clínica radicular, ni fiebre, ni otra sintomatología. Se pauta tratamiento antiinflamatorio durante más de 3 semanas. Posteriormente, acude a consulta por producirse un cambio en los síntomas presentando dolor de características inflamatorias de elevada intensidad con intensa rigidez matutina. Ante el cambio de características, supone una señal de alarma por lo que se solicitan pruebas complementarias. Tras el resultado se deriva a urgencias hospitalarias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, fuerza y sensibilidad conservada EEII, pruebas radiculares negativas, dolor a la presión de la musculatura paravertebral lumbar. No lesiones cutáneas. Atención primaria: Rx sacrolumbar: vértebra transicional L5, sacralizada, como signo de inestabilidad de la charnela lumbosacra. Preservación lordosis lumbar fisiológica; Rx pelvis: no signos de sacroileítis; A.S: anodina, reactantes fase aguda y reumatológicas negativas; RM lumbar: grave esclerosis e hipertrofia de las carillas interarticulares en el segmento L3-L5. Pinzamiento y degeneración del disco L4-L5. En la musculatura retrosomática se identifican pequeños abscesos paraarticulares, bilaterales entre las carillas en el espacio intervertebral L4-L5, y en el espacio interespinoso de L3-L4, con también edema e hiperemia de las partes blandas en el espacio intervertebral L4-L5, en el contexto de una espondilocistitis. Resto sin alteraciones. Serología: negativo. Punción lumbar, hemocultivo-urinocultivo: negativo. Eco abdominal: no se observan colecciones ni abscesos en otras localizaciones.

Juicio clínico: Espondilocistitis con absceso de psoas.

Diagnóstico diferencial: Etiología: inespecífica, traumatológica (artrosis, fractura vertebral, aplastamiento, hernia discal, síndrome cola caballo, espondilolistesis...), tumoral (metástasis, tumores pélvicos/abdominales, aneurisma aorta...), infeccioso (espondilocistitis, absceso epidural...), reumatológicas (espondilitis anquilosante).

Comentario final: La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de la consulta en Atención primaria, ya que presenta una elevada prevalencia a lo largo de la vida de la población general. El MAP realiza una labor fundamental, ya que una vez ha realizado un cribaje de la patología más prevalente y ante la aparición de signos de alarma, solicita pruebas complementarias para buscar

otras posibles causas y remitiendo al paciente a urgencias ante un cuadro potencialmente grave. Posteriormente, realiza seguimiento mientras está siendo estudiado por los especialistas y una vez dado de alta hospitalaria. El papel fundamental recae por su proximidad al paciente y la continuidad de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. Revista SEMERGEN. 2002;25:1-3.
2. Moreno F, Forcada J, Madueño C. Lumbalgia. AMF. 2014;10:4-11.
3. Águila F, Bisbal O, Gómez C, de Largarde M, Pérez MA, Pérez L, Vila J, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. MSD; 2014.