



## 210/99 - NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON MECÁNICAS

F. Chacón Reche<sup>a</sup>, L. Risueño Bonilla<sup>b</sup>, M.D. Fernández Oller<sup>c</sup>, C. García Maturana<sup>d</sup>, L. Serrano Martínez<sup>e</sup> y B. Lobo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Garrucha. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Cuevas del Almanzora. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas del Almanzora. Almería; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Cuevas del Almanzora. Almería. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** MC: dolor lumbar. AP: NAMC. En estudio por traumatología por lumbalgia de meses de evolución, pendiente de RMN. Natural de Bolivia. En España desde 2007. Anamnesis: paciente mujer, de 28 años, que ha acudido a consulta de su médico de AP en varias ocasiones a lo largo de los últimos 6 meses por presentar dolor lumbar. En las últimas 2 semanas el dolor se intensifica y comienza con tumefacción de la zona. Febrícula en ocasiones aisladas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 149/59; FC 55 lpm; T 36,3 °C; SatO2 99%. BEG. hemodinámicamente estable. ACR: anodina. Abdomen: blando, depresible, doloroso en flanco y FII. No defensa. No megalias. Región lumbar izquierda indurada, caliente y dolorosa a la palpación. Analítica: Hb 11,8, Hto 35,7, leucocitos 11.100, neutrófilos 64%, PCR 55. Rx abdomen: opacidad en región lumbar. Rx columna lumbar: pérdida de densidad ósea inferior de cuerpo vertebral L4, disminución del espacio intervertebral L4-L5. Ecografía y TAC con contraste iv abdominal: colecciones en ambos músculos psoas, la mayor de 155 × 45 × 57 mm, desde la altura de L4 hasta su inserción distal. Colección en músculo ilíaco y oblicuos interno y externo. Disco vertebral L4-L5 con cambios inflamatorios y altura disminuida evocando una espondilodiscitis. El cuerpo vertebral de L4 presenta lisis del platillo inferior e imágenes de secuestros óseos sugerentes de osteomielitis. Evolución clínica: se deriva a urgencias donde se le realiza TAC y es ingresado en medicina interna donde completan el estudio (Mantoux positivo y cultivo de exudado del absceso positivo a *Mycobacterium tuberculosis*) y realizan drenaje de los abscesos, siendo dada de alta 2 semanas después con tratamiento tuberculostático.

**Juicio clínico:** Absceso bilateral del psoas y osteomielitis vertebral de L4-L5 de origen tuberculoso.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia mecánica. Cólico nefrítico. ITU/pielonefritis aguda. Proceso neoplásico.

**Comentario final:** Podemos destacar la importancia de que el médico de familia valore posibles diagnósticos diferenciales en aquel paciente que acude a una consulta de atención primaria de forma reiterada por un mismo motivo y no encasillarnos en que se trata del diagnóstico más frecuente en nuestras consultas, como es la lumbalgia mecánica en nuestro caso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Carlavilla AB, Castelbón FJ, García JI. Tuberculosis. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 6ª ed. Madrid: Egraf S.A.; 2009.