



160/1814 - DOLOR LUMBAR SECUNDARIO A ESPONDILODISCITIS Y ABSCESO EPIDURAL

A. Sauto Gutiérrez^a, S. del Amo Cachán^a, L. Bastida Eizaguirre^b, J. Iturralde Iriso^c, A. de Azaola Arias^d, M. Echevarría Díez^e, G. Mediavilla Tris^f, E. López de Uralde Pérez de Albéniz^g, J. Polo Perriñez^h y A. Lluesma Guillénⁱ

^aMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Zabalgana. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zalalgana. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sansomendi. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Aranzabizkarra 1. Vitoria-Gasteiz. ^gMédico de Familia. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. ^hMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gazalbide. Vitoria-Gasteiz. Álava. ⁱMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años sin antecedentes personales de interés. Refiere dolor lumbar brusco, bilateral, sin irradiación, que empeora con los movimientos y produce impotencia funcional. Ha estado con AINEs sin mejoría de la clínica. Horas antes de acudir a la consulta presenta pico febril de 38 °C. Presenta disuria y orinas colúricas.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente permanece tumbado en la camilla por impotencia funcional. Hemodinámicamente estable. Afebril. ACP: rítmica sin soplos, MVC sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible y no doloroso. Movilización del tronco dolorosa. No dolor a la palpación de apófisis espinosas ni de la musculatura paravertebral. PPRB negativa. Dolor lumbar a la flexión de las EEII. Presenta dos pequeñas escaras por presión en los codos. Analítica: Bioquímica normal, hemograma con 17.500 leucocitos (90.9% de neutrófilos) y coagulación normal. Gasometría arterial normal. Sistemático orina: Leucocitos ++, nitritos positivo, proteínas+, urobilinogeno ++. Sedimento orina: Leucocitos 10-20/campo, bacterias +, hematíes < 5/campo. Urocultivo: Negativo. Hemocultivo: Staphylococcus aureus meticilín sensible. Hemocultivos a las 72 horas negativos. Rx tórax, abdomen, pelvis y ambas caderas sin hallazgos significativos. Ecografía urológica: Ambos riñones normales, sin lesiones focales, litiasis ni dilatación de vía excretora. Vejiga no valorable. TAC abdomino-pélvico: Enfermedad degenerativa discal en L5-S1. RNM lumbar: Hemangiomas vertebrales en D11, L1, L2, L5 y S1. En el espacio discal intervertebral L5-S1 se objetiva una pérdida de altura con alteración de señal del disco, presentando hiperseñal, que se acompaña de una tenue alteración de señal en platillo vertebral inferior del cuerpo vertebral de L5. Cambios inflamatorios-flemonosos con colección absceso en espacio epidural anterior a la altura de L5 de 30 × 12 mm. Estos hallazgos son sugestivos de espondilodiscitis en el espacio discal intervertebral L5-S1 con absceso epidural. Ecocardiograma trastorácico: Estudio negativo para endocarditis.

Juicio clínico: Espondilodiscitis y absceso epidural a nivel de L5-S1 por Staphylococcus aureus

bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilín sensible.

Diagnóstico diferencial: Discopatía degenerativa, neoplasias, enfermedades reumáticas (artritis reumatoide; espondilitis anquilosante), discopatía asociada a condrocalcinosis, discopatía de pacientes dializados, artropatía neuropática, espondilodiscitis granulomatosas y espondilodiscitis brucelósica.

Comentario final: Aunque el paciente presentaba signos de infección en el análisis de orina, el cuadro de infección asociado al dolor musculoesquelético obliga a considerar otras causas como absceso paraespinal lumbosacro, absceso de psoas o piomiositis, por lo que se decide ingresar para completar estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capa-Grasa A, Flores-Torres I, Gozalo-Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Lumbar spondylodiscitis: Symptoms and risk factors in the early diagnosis Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario la Paz-Cantoblanco, Madrid.
2. Blázquez Gamero D, González Tomé MI, Rojo Conejo P, González Granado I, López V, Ruiz Contreras J. Discitis o espondilodiscitis. Servicio de Inmunodeficiencias. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
3. Roig Escofet D. Interpretación del dolor de espalda. Reumatología en la consulta diaria. Barcelona: Expaxs, 1997.