



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2296 - DOCTORA, ME DUELE LA ESPALDA

L. Tarjuelo Gutiérrez^a, M. López Valcárcel^a, L. Moreno de la Rosa^b, J. Rodríguez Toboso^c, J. Rodríguez Coronado^b, J.J. Navalón Prieto^d, M. Prado Coste^d, F.J. Lucas Galán^e, M. Ruipérez Moreno^e y M. Minuesa García^e

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud zona VIII. Albacete. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años, hipertenso en tratamiento con enalapril 10 mg, que consulta por lumbalgia de años de evolución, que a veces le despierta por la noche, con sensación de rigidez de columna. Trabaja de administrativo. A la exploración presenta rigidez dorsolumbar con dolor a nivel sacroilíacas. Se pauta tratamiento con AINEs con mejoría clínica y se solicita radiografía simple dorsolumbar y pelvis. Ante la clínica del paciente y los hallazgos en las pruebas complementarias se sospecha espondilitis anquilosante y se remite a Reumatología para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento específico si procede.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta dolor a la palpación en sacroilíacas y rigidez dorsolumbar, sin alteración de fuerza ni sensibilidad de miembros inferiores. Se le pautan AINEs y se solicita radiografía de región dorsolumbar y sacroilíacas, apreciándose disminución de espacio con borramiento de articulación sacroilíaca (sacroileítis grado 2 bilateral) y aparición de puentes óseos intervertebrales anteriores a nivel dorsolumbar. Ante dichos hallazgos se solicita analítica con PCR 25 y VSG 21, estando el resto normal.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia inespecífica.

Comentario final: El dolor lumbar es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. Hay que realizar una buena anamnesis para diferenciar si el dolor es tipo inflamatorio. Para diagnosticar de dolor lumbar inflamatorio tiene que cumplir algunas de las características como aparición anterior a los 40 años, comienzo insidioso, mejoría con el ejercicio, no mejoría con el reposo y, dolor nocturno. Se recomienda utilizar los criterios de Nueva York modificados, que incluye criterios clínicos y radiológicos, para establecer el diagnóstico de la espondilitis anquilosante. Con el tratamiento se pretende curar la enfermedad, o al menos, mejorar la clínica y con ello la calidad de vida y la capacidad funcional del paciente. El tratamiento de primera elección son los AINEs para el control de dolor, rigidez y mejorar la función, manteniendo la dosis mínima eficaz. En algunas ocasiones también está indicada la infiltración con corticoides. Se recomienda

valorar el uso de los fármacos modificadores de la enfermedad en casos refractarios a AINE y los anti-TNF α cuando falla lo anterior. Como conclusión es importante una buena anamnesis y exploración en la lumbalgia para diferenciar el dolor lumbar inespecífico de aquellos pacientes con problemas específicos como la espondilitis anquilosante, junto con la instauración de un tratamiento adecuado para, disminuir el dolor y mejorar la movilidad y con ello calidad de vida para del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almodóvar González R, Arias M, Batlle Gualda E. Guía de práctica clínica del manejo de pacientes con espondiloartrosis.(Guía rápida Espoguia). Sociedad española de reumatología 2009. 1-39.

Barrera Portillo J. Lumbalgia. Fisterra 2013. 1-13.