



160/1827 - Espondilodiscitis dorsolumbar secundaria a E. Coli

Á.J. Albarracín Contreras^a, A. Arroyo Soto^b, C. Fuentes Sainz^c, D. Abascal Carral^d, N. Villegas Zambrano^b, Y. Izaguirre Martínez^e, C. Fernández Galache^f, M.T. Fernández Fernández^g, V. Velasco Menéndez^f y H.R. Sagué Sifonte^e

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ^cMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Cotolino II. Castro Urdiales. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^fMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ^gMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Buelna. Corrales de Buelna.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años con antecedentes personales de osteoartritis generalizada y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con celecoxib, paracetamol, clonazepam y escitalopram; que acude a su médico de atención primaria por aumento de su dolor lumbar habitual. Es un dolor no irradiado, diferente y más intenso de lo habitual, sin fiebre y que no cede con el reposo. Se solicitó una radiografía dorsolumbar y una analítica con VSG y PCR; y se intensificó el tratamiento añadiendo un AINE y Zaldiar. Tres días después se valora de nuevo a la paciente en su domicilio por empeoramiento del estado general, disminución del apetito y de la ingesta de líquidos e imposibilidad para la deambulacion. Debido al empeoramiento y los datos analíticos se decide su traslado al servicio de urgencias hospitalarias, diagnosticándose posteriormente una espondilodiscitis con poliartritis séptica por E. coli que se trató con antibioterapia endovenosa de amplio espectro.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física objetiva dolor a la palpación en apófisis espinosas desde T12 a L3 y una exploración neurológica normal. Hemograma: leucocitos 10.200 (86,8% segmentados), plaquetas 37.000 y VSG 90, resto normal. Bioquímica: urea 248, creatinina 3,52 y PCR 294,3, resto normal. Radiografía dorsolumbar: artrosis avanzada. Hemocultivos: E. coli. RMN: hiperintensidad de señal de T12-L1 y L2-L3, compatibles con espondilodiscitis. Gammagrafía con galio: imágenes sugestivas de émbolos sépticos en columna cervical, dorsal y lumbar, sacro, psoas izquierdo, tobillo derecho y rodilla izda.

Juicio clínico: Espondilodiscitis con poliartritis séptica por E. coli.

Diagnóstico diferencial: Lumboartrosis, espondilolistesis lumbar, fractura vertebral, metástasis vertebral.

Comentario final: La lumbalgia es el proceso que genera más consultas en atención primaria, con una prevalencia anual que oscila entre el 22 y el 65% en diferentes estudios. Precisamente por esta alta prevalencia hay que conocer los signos de alarma que nos deben llevar a ampliar los estudios o

derivar a un segundo nivel: edad > 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome general, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y afectación neurológica. En nuestro caso, debido a los signos de alarma (edad > 50, síndrome general y dolor en reposo) se decidió ampliar el estudio y ante el empeoramiento y los resultados se derivó a la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Irazusta I, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
2. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(1):117-30.
3. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cir-Cir*. 2011;79:286-302.
4. Torres-Gárate R, Alvarez-Rodríguez E, Gutiérrez Larrainzar A, Lozano MA, Fernández Mendieta F, Cabello J. Spondylodiscitis and psoas abscess caused by *Escherichia coli*. *An Med Interna*. 2004;21(12):613-4.