



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1188 - Lo que parecía una simple lumbalgia

Y. Morte Traín^a, L. Castro Reyes^a, D.M. Campodónico^a, N. Sánchez Prida^b, E. Congiu^c, L. Andrés Berian^d, B. Rodríguez Bethencourt^e, M. Clemente Murcia^e y T. Gómez Gascón^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Unidad centro. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Ricardos. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. ^fTutor-Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Unidad centro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Uretritis gonocócica a los 30 años. Herpes zoster unos meses antes y curado. Fumador 4-5 cig/día. Bebedor ocasional. Anamnesis: varón de 43 años que acude a las urgencias hospitalarias derivado por su médico de Familia por persistencia de dolor dorso-lumbar, de 20 días de evolución, que no cedía con tratamiento analgésico y relajantes musculares. Se acompañaba de mareo tipo inestabilidad y debilidad generalizada que el paciente relacionaba con el inicio de la toma del relajante muscular.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Anisocoria con pupila derecha arreactiva a la luz. Marcha inestable. Ligero temblor distal en manos. Dolor a la palpación en región dorsal derecha. Resto anodina. Exploraciones complementarias y resultados: Analítica: plaquetas 113.000, leucocitos 3.500, neutrófilos 77,2%, linfocitos 400. Resto normal. Sistemático de orina normal. Positivo para benzodiazepinas en orina. ECG: Taquicardia sinusal a 126 lpm. TAC craneal: imagen nodular en cuerpo calloso de 1 cm, de bordes mal delimitados, no capta contraste, que desplaza hoz interhemisférica sin producir efecto masa. Se solicita serología VIH la cual fue positiva.

Juicio clínico: 1. Infección VIH estadio SIDA. 2. Meningoencefalitis, ventriculitis y mielitis infecciosa asociada a virus varicela zoster, con secuelas neurológicas secundarias. 3. Necrosis retiniana externa progresiva de ojo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: 1. Lumbalgia. 2. Tumor cerebral (linfoma) 3. Infección oportunista.

Comentario final: Este caso nos sirve para reflexionar sobre la amplitud de diagnósticos diferenciales que nos debemos plantear ante un dolor lumbar, dado que muchas veces tendemos a prejuzgar todos como lumbalgias. Además también nos debe hacer pensar en solicitar una prueba de VIH en pacientes jóvenes con clínica neurológica, dado que se ha visto que algunos debutan con patología a nivel cerebral consecuencia de su inmunosupresión no conocida dado que son pacientes poco consultores por edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Cortés, et al. Herpes zoster como primera manifestación de infección por VIH. *Dermatología Revista Mexicana*. 2014;58:77-83.
2. Libman H, Pollack TM, Initial evaluation of the HIV-infected adult. Literature review current through: Apr 2015. Last updated: Jan 08, 2015.
3. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;58:e1.
4. Gebo KA, Gallant JE, Keruly JC, Moore RD. Absolute CD4 vs. CD4 percentage for predicting the risk of opportunistic illness in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36:1028.
5. Nardin RA, Freeman R. Diagnosis, treatment and prognosis of HIV-associated neuropathies. Literature review current through: Apr 2015. Last updated: Jul 08, 2013.
6. Gozlan J, Salord JM, Roullet E, et al. Rapid detection of cytomegalovirus DNA in cerebrospinal fluid of AIDS patients with neurologic disorders. *J Infect Dis* 1992;166:1416.
7. Talpos D, Tien RD, Hesselink JR. Magnetic resonance imaging of AIDS-related polyradiculopathy. *Neurology*. 1991;41:1995.