



## 242/3941 - LUMBALGIA CON SORPRESA

L. Alvarado Machón<sup>a</sup>, M. Ajenjo González<sup>b</sup>, A. Martín Martínez<sup>c</sup>, E. Tobal Vicente<sup>d</sup>, Á. Lafont Alcalde<sup>e</sup> y A. Romero García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. León. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Condesa. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 89 años. AP: NAMC, síndrome mielodisplásico, hiperplasia benigna de próstata. Tratamiento: transfusiones periódicas y tamsulosina. Acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de 5 días de evolución de dolor lumbar y fiebre. Se le diagnostica de crisis renoureteral e ITU y se le pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Vuelve a los 2 días con aumento del dolor y de la fiebre y dificultad para la deambulación. Se objetiva temperatura de 38,5 °C, TA 93/61 y disminución de fuerza en MMII, por lo que se envía a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 38,6 °C, TA 89/60, FC 122 lpm. COC. Glasgow 15, sequedad de mucosas. Dolor a nivel lumbar bajo que aumenta con el movimiento y se alivia con el reposo, asociado a rigidez de espalda. Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, reflejo cutáneoplantar flexor bilateral, ausencia de reflejos rotulianos, disminución de fuerza (III/V) en ambos MMII con dificultad a la extensión de la rodilla y de sensibilidad (IV/V) en cara interna de ambas piernas. ACP: rítmica sin soplos. MVC. Abdomen: sin alteraciones. A/S: 41.000 leucocitos (4% cayados, 89% segmentados), Hb 7,5, PCR 244, resto normal. Rx tórax: sin alteraciones pleuropulmonares. EKG: ritmo sinusal a 122 lpm. TC craneal: sin alteraciones. Ante estos hallazgos, el paciente ingresa en Medicina Interna, donde se le hacen urocultivos y hemocultivos con resultados positivos para *Staphylococcus aureus*, y se le pide una RMN lumbar donde se aprecia una hiperseñal y edema óseo a nivel de L4.

**Juicio clínico:** Espondilitis infecciosa L4 y absceso epidural secundarios a sepsis urinaria.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome compresivo medular de causa no infecciosa. Tumores intrarraquídeos.

**Comentario final:** La espondilitis infecciosa y el absceso epidural son patologías potencialmente graves que pueden evolucionar a un síndrome de compresión medular aguda con consecuencias irreversibles. Ante una lumbalgia que asocia fiebre y no cede con analgésicos, se debe hacer una exploración detallada y prestar atención a signos de alarma.

## Bibliografía

1. Pyogenic vertebral osteomyelitis/disc infection. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 1999;13:59-75.
2. Kusuma S, Klineberg EO. Spinal infections: diagnosis and treatment of discitis, osteomyelitis, and epidural abscess. In: Steinmetz MP, Benzel EC, eds. *Benzel's Spine Surgery*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017.

**Palabras clave:** Espondilitis. Lumbalgia.