



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2940 - DE LUMBALGIA A PARAPLEJIA

N. Turea<sup>a</sup>, M. Mateo Díaz<sup>b</sup>, M. Díez<sup>c</sup> y B. Catalán Navarro<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Cervantes. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Talarrubias. Badajoz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Yunquera de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes: HTA. Gota. Arteriopatía periférica. ERC 3b. Osteoartrosis lumbar. IQ: prótesis de rodilla derecha. Hernioplastia umbilical. Tratamiento: Duodart 0,5/0,4 mg cada 24 horas. Seguril 40 mg cada 24 horas. Tramadol 50 mg cada 12 horas. Clexane 40 mg cada 24 horas. Se valora en domicilio a varón de 90 años, por caída y contusión dorsal con persistencia del dolor limitante. Visto en urgencias anteriormente descartándose fracturas en las radiografías realizadas. Se mantiene encamado, con buena movilización de las extremidades. A pesar de estar con tres escalones de analgesia, presenta empeoramiento progresivo del dolor en un mes, presentando pérdida progresiva de la movilidad y la sensibilidad crural y doble incontinencia. Dado el cambio de sintomatología del paciente se deriva a urgencias para descartar mielopatía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: PC normales, paraplejia crural. Reflejos hiporreactivos. Apofisalgia D11-D12. Rx columna lumbar: osteoartrosis. No fracturas. TAC lumbar: fractura cuerpo D11, estenosis grave del canal medular. Signos de espondilitis infecciosa D11-D12. Analítica: hemograma leucocitosis con neutrofilia leve. Bioquímica: Cr 1,60 mg/dl. FG 35 ml/min. PCR 70 mg/L. Hemocultivos: negativos.

**Orientación diagnóstica:** Fractura vertebral D11. Espondilitis infecciosa. Lesión medular.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso epidural, espondilopatía degenerativa, hernia discal, aplastamiento vertebral, metástasis vertebral.

**Comentario final:** Sueroterapia. Corticoterapia. Antibioterapia doble durante 6 semanas. Ortesis para sedestación. Se desestima descompresión quirúrgica, dada la duración de la lesión y la edad avanzada del paciente. Se deriva a Unidad de Parapléjicos, manteniendo la antibioterapia durante 6 semanas. Es difícil de diagnosticar una fractura vertebral en un paciente anciano con osteoartrosis avanzada de la columna, pero con la sospecha clínica con déficit motor y sensitivo bilateral progresivo, incontinencia y apofisalgia persistente a pesar de analgesia se tiene que realizar siempre pruebas de imagen para confirmar la mielopatía. En seguimiento del paciente inmovilizado la reexploración sistemática es clave para un correcto diagnóstico.

### Bibliografía

1. Pigrau C, Rodríguez-Pardo D, Fernández-Hidalgo N, et al. Health care associated hematogenous pyogenic vertebral osteomyelitis: a severe and potentially preventable infectious disease. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94:e365.
2. Ju KL, Kim SD, Melikian R, et al. Predicting patients with concurrent noncontiguous spinal epidural abscess lesions. *Spine J*. 2015;15:95.

**Palabras clave:** Espondilitis infecciosa. Hematógena.