



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/2765 - ALGO MÁS QUE LUMBALGIA MECÁNICA

*D. Hernández Correa, D. Suárez Casañas y R. Gallo Domínguez*

*Médico de Familia. Centro de Salud El Calero. Telde. Las Palmas.*

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón, 56 años, fumador, politoxicomanía diaria, Ex-ADVP, Esquizofrenia, VHC curada, Endocarditis bacteriana, Espondilodiscitis D8-D9 por *Klebsiella pneumoniae* 2014, protrusión discal L4-L5, HTA, dislipemia, NAMC. Durante 6 meses consulta reiteradamente a los SU extrahospitalaria por lumbalgia y reclamando siempre tratamiento inyectable, es diagnosticado de lumbalgia mecánica sin signos de alarma. No acude a la consulta de su médico de familia. Cuando acude a su médico de familia quien le deriva a SU hospitalaria por aparición de signos de alarma (aumento nocturno del dolor, pérdida de peso, astenia), afebril. Presento una crisis de agitación psicomotriz durante el ingreso, tras interrogar al paciente y a su familia se detectó adicción a drogas por vía parenteral mediante venopunción cervical de heroína

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, caquéctico, postura antiálgica, contractura de la musculatura paravertebral, apofisalgia L1, Lasègue negativo bilateral. Durante el ingreso se solicita gammagrafía ósea, RNM lumbar, BAG del espacio intervertebral L4-L5, con cultivo que es positivo a *Candida albicans* y TAC cerebral.

**Orientación diagnóstica:** Espondilodiscitis L4-L5. Trombosis venosa cerebral del seno carotídeo y yugular externa.

**Diagnóstico diferencial:** Espondiloartritis, metástasis, espondilodiscitis aséptica, osteomielitis, absceso epidural primario, artritis articulaciones interapofisarias.

**Comentario final:** La espondilodiscitis es la infección del cuerpo vertebral y del disco intervertebral por un microorganismo. Clasificación: piógenas (+ frecuente), tuberculosas, brucelares y fúngicas. Incidencia: incrementada por el aumento de la expectativa de vida de los pacientes neoplásicos, crónicos, inmunosuprimidos y de los procedimientos invasivos de la columna vertebral. Etiología: *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, Brucelosis y *Candida albicans* (sobre todo ADVP). Localización: 1ª la lumbar, 2ª dorsal y 3ª cervical. Clínica: dolor raquídeo de características infamatorias y fiebre. Diagnóstico: la Rx convencional de columna (poco practica por retrasos del diagnóstico), RNM de elección, TAC, gammagrafías, hemocultivos y BAG guiada por TAC. Tratamiento: antibioterapia, corsé ortopédico y cirugía si es necesaria. Pronóstico y evolución: según la rapidez del diagnóstico y tratamiento.

### Bibliografía

1. Lener S, Hartmann S, Barbagallo G, Certo F, Thomé C, Tschugg A Management of Spinal infection: a review of the literature. *Acta Neurochirurgica*. 2018;160:487-96.
2. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de Enfermedades Reumáticas, 6ª ed. Barcelona, Elsevier, 2016; p. 521-6.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Espondilodiscitis.