



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2985 - LUMBALGIA RECURRENTE, ABRE TU MENTE

M. Pierre Barea<sup>1</sup>, M. Zaragoza<sup>2</sup>, Á. Martínez Tolosa<sup>1</sup> e I. Pérez Zambrano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Cáceres. <sup>2</sup>Urgencias del Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 82 años con antecedentes personales de alergia al ácido acetilsalicílico, hipertensión arterial, dislipemia, EPOC, fibrilación auricular. Acude al servicio de urgencias hospitalario (SUH) en varias ocasiones por lumbalgia aguda postraumática de características mecánicas refractaria a analgesia de primer y segundo escalón. Es valorada por traumatólogo dos semanas después ante la ausencia de mejoría, realizándose una RMN que evidencia la aparición de espondilodiscitis y absceso epidural con compresión medular. Tras tratamiento quirúrgico y antibioterapia de amplio espectro (meropenem y linezolid), la paciente en controles sucesivos experimenta mejoría del dolor y de la impotencia funcional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Las primeras valoraciones en el SUH: Buen estado general. Consciente orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. Afebril. TA 170/60. Aumento de dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar baja y apófisis espinosas. Lasègue y Bragard negativos. Fuerza y sensibilidad conservadas en miembros inferiores (MMII). Exploración por Traumatología en SUH: sin cambios con respecto a la previa. Exploración por Traumatología en controles sucesivos: sensación distérmica sin termometrar fiebre, paresia de MMII con incapacidad funcional (grado de fuerza 0/5), dolor en la misma localización. Se solicita RMN. En el SUH presenta hemograma y bioquímicas sin alteraciones significativas. RMN: espondilodiscitis D12-L2 con absceso epidural anterior con reducción de canal central y compresión de médula distal, cono medular y región proximal de cola de caballo. Absceso en músculo psoas tremendo. Absceso retroperitoneal en plano suprarrenal. Fractura aplastamiento L1. Hemocultivo de sangre: Clostridium perfringens sensible a antibióticos administrados.

**Orientación diagnóstica:** Espondilodiscitis.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia discal, metástasis vertebrales, espondilolistesis.

**Comentario final:** La clínica de la espondilodiscitis en sus formas iniciales puede confundirse con otros cuadros de dolor lumbar de causa menor. La complicación más grave es el deterioro neurológico secundario a la formación de abscesos, por ello la detección y manejo precoces son necesarios ya que pueden evitar la gran discapacidad derivada del cuadro.

### Bibliografía

1. Capa-Grasa A. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Elsevier. 2010;44(1):82-5.
2. MacDonald M. Vertebral osteomyelitis and discitis in adults. UpToDate [Internet]. Última revisión 5 Abril 2019. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

**Palabras clave:** Lumbalgia. Paraparesia.