

## TÍTULO: LOS BICHOS SE TOMAN SU TIEMPO

### AUTORES:

Dra. Rocío García del Río Beneyto. Residente de 4º año del Hospital General de Alicante.

Dr. Francisco Cholbi Llobell. Adjunto del Hospital General de Alicante.

Dr. Vicente Marimón Hoyos. Adjunto del Hospital General de Alicante.

### PARTE 1.

#### ANAMNESIS.

Acude a la consulta de Rehabilitación, un varón de 50 años, remitido desde la Unidad del Dolor por dolor lumbar y en cadera derecha de 1 mes de evolución.

Como antecedentes personales de interés, destacan que es fumador de 15 años/paquete y que presenta una glucemia basal en ayunas alterada, tratada mediante dieta. Lo más destacable es que refiere dolor lumbar crónico, estable en el momento actual, con resonancia magnética nuclear (RMN) lumbar del año 2016, donde aparecía una discopatía L4-L5 y L5-S1, como hallazgo más importante.

15 días antes de la visita a la consulta, el paciente acude a urgencias por fiebre de 40°C de 2 días de evolución, dolor en cadera derecha y dolor lumbar derecho irradiado a miembro inferior derecho. Sufre empeoramiento rápido, que le ocasiona dificultad para la deambulación por debilidad en miembros inferiores y por dolor en cadera derecha, y le producen varias caídas en domicilio.

Es valorado en urgencias, requiriendo incluso interconsulta a UCI por criterios bioquímicos de sepsis grave en la analítica. Finalmente se ingresa en Unidad de Enfermedades Infecciosas con diagnóstico de fiebre sin foco, de posible origen lumbar, siendo la principal sospecha una **espondilodiscitis aguda lumbar**.

## EXPLORACIÓN FÍSICA.

Exploración física en urgencias, Enfermedades Infecciosas y Unidad del Dolor: sólo destaca dolor en apófisis espinosas de L5-S1 y musculatura lumbar paravertebral, siendo el resto normal. **No figura** en ningún sitio la exploración de la cadera.

Exploración en consulta de rehabilitación:

- Acude en silla de ruedas.
- Lumbar: bipedestación y marcha incapaz. Balance muscular: miembro inferior derecho 3/5 en psoas y cuádriceps. Circometría de cuádriceps derecho similar a la contralateral. Reflejos osteotendinosos y sensibilidad sin alteraciones. Dolor en apófisis espinosas de L5-S1 y múltiples puntos gatillo miofasciales en musculatura paravertebral derecha. Lasègue negativo.
- Cadera: dolor intenso en ingle derecha con cualquier movilización de la cadera que le impide bipedestación. No signos flemonosos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- Resonancia magnética nuclear (RMN) lumbar del ingreso: **SIN signos** de edema óseo o colección en espacio discal que sugieran una espondilodiscitis.
- Hemocultivos positivos para Neisseria meningitidis.

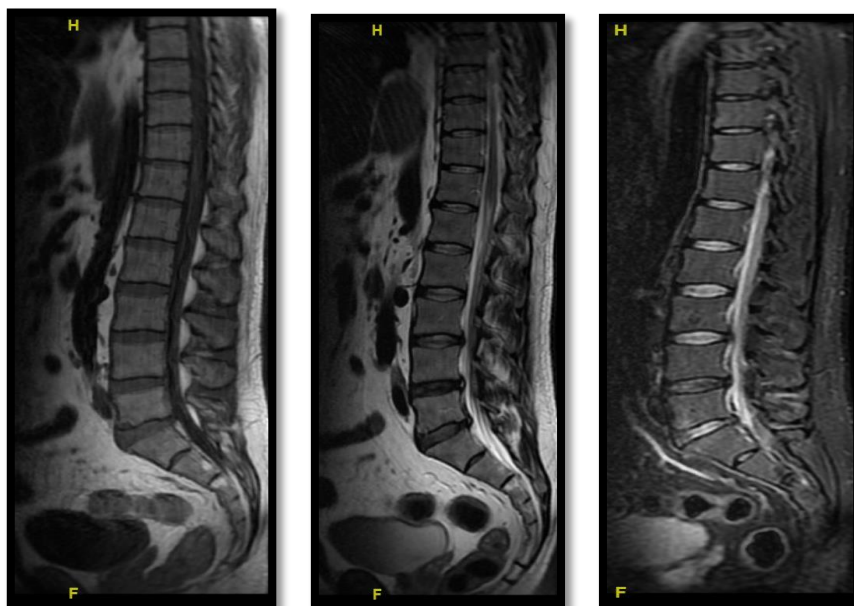


Imagen 1. RMN lumbar. Secuencia T1, T2 y STIR (1ª, 2ª y 3ª imagen respectivamente): sin signos de edema óseo o colecciones que sugieran espondilodiscitis aguda.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Si no es una espondilodiscitis, ¿que proceso puede causar dolor lumbar y fiebre?.

¿El dolor en la cadera tendrá relación con el proceso lumbar?.

¿Cuál sería la siguiente actuación?.

¿Qué pruebas complementarias habría que pedir para el diagnóstico diferencial?.