

# Lumbalgia de origen desconocido: a propósito de un caso

## Unknown etiology lumbar pain: a case report

A. NORIEGA FERNÁNDEZ \*, D. HERNÁNDEZ VAQUERO \*\*

\*SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL SAN AGUSTIN. AVILÉS. \*\*DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. OVIEDO

**Resumen.** Varón toxicómano de 35 años que presenta un cuadro de lumbalgia aguda. Los estudios analíticos hacen sospechar una etiología infecciosa pero la RM realizada en el momento del ingreso es normal. Ante la persistencia de la sintomatología se confirma dicho diagnóstico en una segunda RM. El paciente es tratado de manera conservadora con antibioterapia intravenosa, lográndose la resolución del proceso clínica y radiológicamente.

**Summary.** A man drug addict of 35 years presents an acute lumbar pain. The analytical studies make suspect an infectious etiology but the RM made in the moment of the entrance is normal. As symptoms persist, this diagnose is confirmed in one second RM. The patient is dealt with preservative way with intravenous antibiotherapy, being obtained the resolution of the clinical process and radiological images.

### Correspondencia:

Hospital San Agustín  
C/Camino de Heros s/n  
33400 (Avilés), Asturias  
Teléfono: 985123044  
fonnoriega@hotmail.com

**Introducción.** La inmunodepresión puede añadir confusión en la evaluación clínica de los pacientes. Esta confusión puede ser mayor ante un cuadro de lumbalgia inespecífica de comienzo brusco cuando las imágenes radiográficas o de resonancia magnética (RM) son normales. Presentamos el caso de un paciente inmunodeprimido que acude a Urgencias por dolor lumbar de comienzo brusco en el que la RM inicial fue normal.

**Caso Clínico.** Varón de 35 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por padecer una lumbalgia intensa de 24 horas de evolución e inicio agudo sin traumatismo previo. El dolor se irradia a ambos miembros inferiores y aumenta al toser. No existe afectación de esfínteres. El paciente es toxicómano (ADVP) además de fumador

y bebedor importante, con antecedentes de tuberculosis pleural hace 13 años. En la exploración física no se aprecia dolor en la zona lumbar a la palpación, ni deformidades antiálgicas lumbares. La fuerza y la sensibilidad son normales en ambas extremidades inferiores, los reflejos osteo-tendinosos son normales y simétricos. El signo de Lassegue izquierdo es positivo a 30°. El resto de la exploración músculo-esquelética es normal, así como la exploración vascular en extremidades inferiores. No existe afectación general y el paciente no presenta fiebre. Una radiografía de la zona lumbar en dos proyecciones en el momento del ingreso no muestra alteraciones óseas significativas, y solo se observa una dilatación de asas de intestino delgado característica de un íleo paralítico (Fig. 1).

El paciente ingresa para control sintomático y completar el diagnóstico, solici-

tándose estudios analíticos de sangre (hemograma, bioquímica) y orina (sedimento). Un día después del ingreso, el paciente presenta fiebre de 39° y en los estudios analíticos aparece una leucocitosis con desviación izquierda ( $16.5 \times 10^9$  leucocitos, 30% cayados) y una elevación importante de la proteína C reactiva (21.96 mg/dL). Las serologías para VHB, VHC fueron positivas y la de VIH negativa. Una RM solicitada de urgencia descarta hernias discales y signos infecciosos de afectación discal. En busca de un foco infeccioso se solicitan hemocultivos, urinocultivos y radiografía de tórax. Se aísla en sangre un *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible y se inicia antibioterapia intravenosa selectiva con cloxacilina y gentamicina a dosis estándar.

Ante la sospecha de un proceso infeccioso lumbar se solicita un nuevo estudio de RM abdomino-pélvico. Dicha RM se realiza 14 días después de la primera. En la misma se aprecia una imagen sugestiva de absceso que se sitúa en el espesor de la musculatura paravertebral derecha a nivel de las últimas vértebras lumbares (Figs. 2 y 3) y un absceso a nivel de iliaco por delante de la articulación sacro-iliaca y en vientre muscular del glúteo derecho. También se realiza una TC en el que se objetivan idénticos hallazgos (Fig. 4). En un ecocardiograma se objetivó una endocarditis tricuspídea.

El paciente presenta una mejoría sintomática y funcional tras iniciar el tratamiento. La antibioterapia se mantuvo durante cuatro semanas, consiguiéndose la resolución del proceso, con normalización de la fórmula leucocitaria y mejoría clínica, manteniéndose afebril. Al mes del alta, en un nuevo estudio de RM lumbar con contraste no se observan realces patológicos a nivel de canal lumbo-sacro, canales foraminales o planos blandos paravertebrales (Fig. 4 y 5).

**Discusión.** Los abscesos en músculos paravertebrales son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos, como los que padecen ADVP (1) y suelen manifestarse como dolor lumbar ó dorso lumbar agudo. El germen responsable más frecuentemente en-

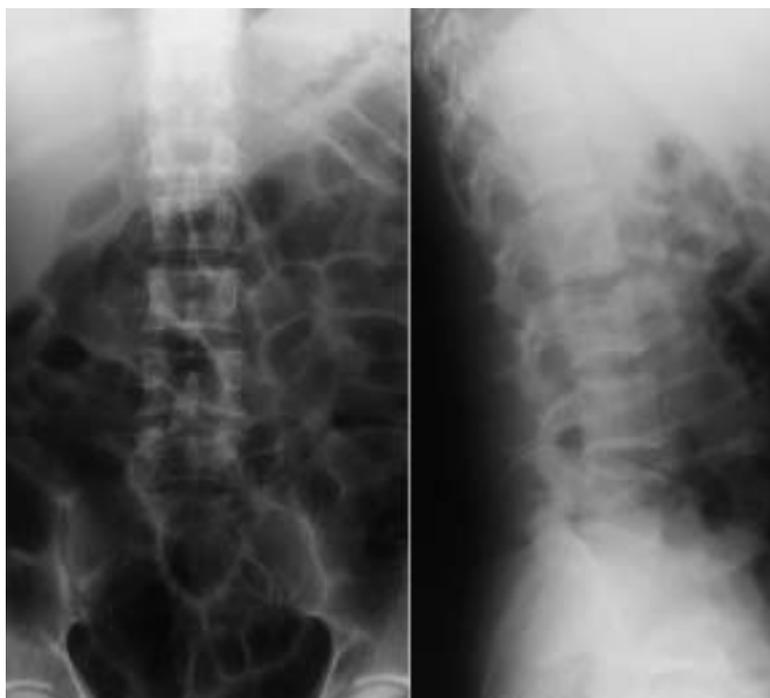


Figura 1. Radiografía de columna lumbar en el momento del ingreso. No se aprecian alteraciones.

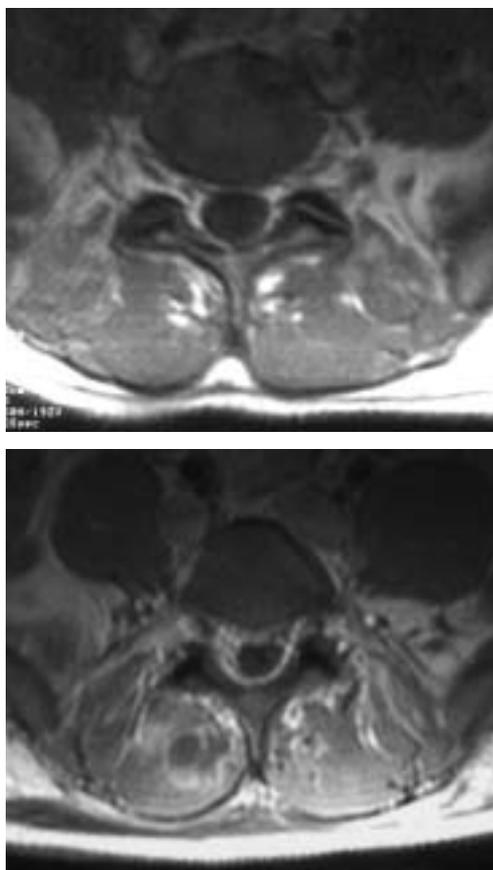


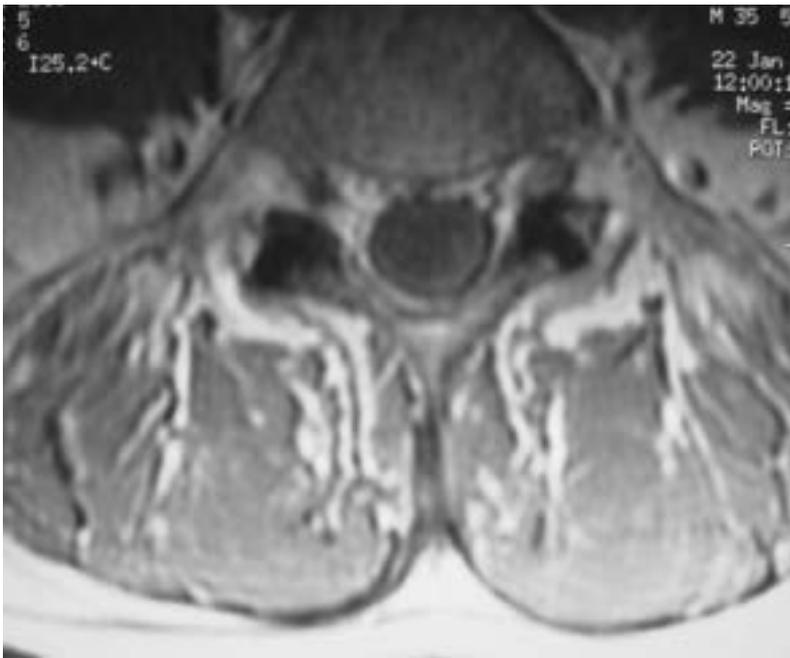
Figura 2. Corte coronal a nivel de cuerpo vertebral L5. Obsérvense las diferencias entre la primera y la segunda RM.



**Figura 3.** Corte sagital en la segunda RM. La flecha señala el absceso.



**Figura 4.** TC de pelvis. Corte a nivel de pala iliaca.(Absceso señalado con flechas)



**Figura 5.** RM de control a los dos meses del alta hospitalaria. Corte coronal.



**Figura 6.** RM de control a los dos meses del alta hospitalaria. Corte sagital.

contrado es el *stafilococcus aureus* (2-6), aunque también se han descrito casos derivados de infecciones por *brucella* (3) y de origen tuberculoso (4). La prueba diagnóstica más útil es la punción directa y la RM y el tratamiento consiste en la antibioterapia y si es posible, el drenaje-aspiración (5),

aunque esta medida solo está indicada si el proceso no se resuelve con tratamiento médico en un periodo prudencial de tiempo.

En nuestro caso, el primer estudio por RM no demostraba lesiones inflamatorias, pero ante la sospecha de un cuadro infeccioso no etiquetado se practicó una

segunda RM donde se observó la presencia de un absceso intramuscular, responsable del cuadro doloroso lumbar. La disparidad de hallazgos entre la primera y la segunda RM puede deberse a la indefinición de los bordes del absceso al realizar la primera exploración. El tratamiento antibiótico fue suficiente para la desaparición del cuadro por lo que no se valoró la resección quirúrgica. En un estudio retrospectivo sobre 48 pacientes realizado por Butler y cols. (6) el tratamiento conservador fue suficiente en un elevado porcentaje de casos (73%).

Una posibilidad descrita en la literatura es la sobreinfección de un absceso tuberculoso por otro tipo de gérmenes. Se debe sospechar esta eventualidad cuando la evo-

lución no es satisfactoria con la antibioterapia selectiva o ante la sospecha de persistencia de las lesiones en estudios RM (7).

En el estudio realizado por Kowalsky y cols. (8), se demuestra que hay una correlación fiable entre la mejoría en los controles de imagen por RM y los estudios microbiológicos a los 2 meses del diagnóstico en pacientes tratados con antibióticos. En ese mismo trabajo se establece también como factor pronóstico la normalización de los marcadores inflamatorios.

Ante la sospecha de un cuadro infeccioso en pacientes inmunodeprimidos, se aconseja la búsqueda del foco primitivo repitiendo técnicas diagnósticas a pesar de que las primeras exploraciones hayan sido negativas. ■■■■■

---

## Bibliografía

1. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Slead DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surgery* 1992; 163:413-6.
2. De U, Pal DK. Seventy cases of non-tubercular psoas abscess at a rural referral centre in South Bengal. *Trop Doct* 2006; 36:53-54.
3. Cechinni L, Coani G, Ignocco A, Valessini G. Brucellar spinal abscess. Case report. *Reumatismo* 2001, 53:229-31.
4. Martínez V, Rolland E, Bricaire F, Caumes E. Tuberculous paravertebral abscess. *Lancet* 2004; 363 (9409):615.
5. Van der Berge et al. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med*, 2005; 63:413-6.
6. Butler JS, Shelly MJ, Timlin M, Powderly WG, O'Byrne JM. Nontuberculous pyogenic spinal infection in adults: a 12-year experience from a tertiary referral center. *Spine*. 2006 Nov 1; 31(23):2695-700.
7. Maron R, Levine D, Dobbs TE, Geisler WM. Two cases of pott disease associated with bilateral psoas abscesses: case report. *Spine* 2006; 31(16):E561-4.
8. Kowalsky TJ, Berbari EF, Huddleston PM, Steckelberg JM, Osmon DR. Do follow-up imaging examinations provide useful prognostic information in patients with spine infection? *Clin Infect Dis* 2006; 43(2):172-9.