



# medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



## Clínica cotidiana

# Un dolor de 10

Beatriz García Fernández\*, María Soledad Fernández Riera

Centro de Salud Mieres Sur. Mieres, Asturias.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Lumbociática

Empiema

Red flags

Keywords:

Lumbosciatica

Empyema

Red flags

### R E S U M E N

Se presenta el caso de una paciente de 31 años que tras un viaje en coche presenta dolor lumbar irradiado por miembro inferior izquierdo, distinto a otras ocasiones.

La lumbalgia es una causa frecuente de consulta en atención primaria, tratándose en su mayoría de lumbalgia mecánica, motivo por el cual es importante realizar una buena historia clínica y exploración física para no pasar por alto las “red flags” que nos harán pensar en patologías más graves.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### A 10 out of 10 pain

### A B S T R A C T

We present the case of a 31-year-old female patient who, after a car trip, developed lower back pain radiating down her left leg, unlike on previous occasions.

Low back pain is a frequent reason for consultation in primary care, and is mostly mechanical in nature. Therefore, it is important to conduct a thorough medical history and physical examination to avoid overlooking any red flags that might suggest more serious underlying conditions.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [beagf33@gmail.com](mailto:beagf33@gmail.com) (B. García Fernández).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.095>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

---

## Descripción del caso clínico

A nuestra consulta llega una mujer de 31 años, desplazada de otra comunidad autónoma, refiriendo que tras 5 horas de viaje en coche comienza con dolor lumbar izquierdo con irradiación por miembro inferior izquierdo. Ha viajado hace 5 días y, desde entonces, ha sido valorada por este motivo en dos Servicios de Urgencias distintos, con diagnóstico de lumbociática y alta con analgesia con metamizol, dexketoprofeno, diazepam y tramadol.

En nuestra consulta, unas horas después de la última valoración, refiere un nivel de dolor de 10 (a pesar de la analgesia pautada) y comenta que hace un par de noches tuvo incontinencia urinaria. Preguntando a la paciente nos cuenta que ha tenido en otras ocasiones dolores lumbares que ha tratado por su cuenta con analgesia, con mejoría de la sintomatología, pero que no se parecen a la situación actual. Niega antecedentes de interés.

Durante la exploración física, que se ve dificultada por el dolor de la paciente, llegando al llanto con la deambulación y presentando gran dificultad para tumbarse en la camilla, objetivamos marcha con postura antiálgica, apofisalgia a nivel L4-L5 y dolor en musculatura paravertebral lumbar izquierda con Lasègue positivo a 30°. Está afebril con fuerza conservada y pulsos presentes. No parestesias ni datos de trombosis venosa profunda. El resto de la exploración no muestra alteraciones.

Ante el dolor lumbar irradiado y resistente a tratamientos con el episodio de incontinencia esfinteriana, tras historiar y explorar, derivamos a la paciente a Urgencias para completar estudios.

En Urgencias se decide ingreso en planta de Traumatología para realización de pruebas complementarias y ver evolución. Al día siguiente del ingreso presenta progresión de clínica neurológica sensitiva con parestesias en pierna izquierda y anestesia en silla de montar. Se realiza RMN lumbar urgente en la que se observa: "artritis de articulación interapofisaria posterior L4/L5 y L5/S1 con abscesos en musculatura paravertebral y absceso epidural multiloculado de 10 cm de longitud hacia agujero de conjunción izquierdo L4/L5 y L5/S1." Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica (laminectomía y evacuación de empiema) junto con tratamiento antibiótico intravenoso hospitalario durante un mes, con resolución del cuadro en posteriores revisiones.

---

## Comentario

El dolor lumbar es una de las principales causas de consulta en atención primaria, a lo largo de la vida alrededor del 80 % de la población lo sufrirá. La lumbalgia se define como una sensación dolorosa localizada en la columna lumbar que impide la movilidad normal, etiquetándose como aguda si es menor a 3 meses y crónica si supera este tiempo. Hablamos de lum-

bociática cuando el dolor irradia por uno o los dos miembros inferiores siguiendo el trayecto del nervio ciático, pudiendo acompañarse de clínica motora o sensitiva. Lo más frecuente (90 %) es que se trate de un dolor mecánico, que aparece con la movilización y cede con el reposo, al contrario que la sintomatología inflamatoria<sup>1</sup>.

En el diagnóstico diferencial de la lumbalgia hay que descartar procesos inflamatorios, infecciosos, traumáticos y neoplásicos. En la historia clínica debemos centrarnos en la localización del dolor, sus características, si se acompaña de irradiación por miembro inferior, las posturas que lo exacerban o lo alivian. En la exploración física debemos tener en cuenta la postura que adopta el paciente, la marcha, la movilidad de la columna, la palpación de apófisis espinosas y las maniobras para valorar afectación radicular. Estos datos nos ayudarán a orientar nuestra sospecha diagnóstica.

En el caso de nuestra paciente, en un absceso espinal epidural, la sintomatología se caracteriza por fiebre, lumbalgia y síntomas neurológicos, descritos habitualmente como la tríada clásica de este tipo de infección, aunque solamente se presenta en un 10 % de los casos<sup>2</sup>.

Sobre todo, no hay que olvidar que ante lumbalgias o lumbociáticas resistentes a tratamiento, así como ante la aparición de síntomas de alarma como son fiebre, síntomas constitucionales, antecedentes de neoplasia o traumatismo, antecedentes de inmunodeficiencia o VIH, consumo crónico de corticoides o de drogas por vía parenteral, edad inferior a 20 años o superior a 50 años, osteoporosis o síntomas compatibles con síndrome de cola de caballo (retención urinaria, incontinencia de esfínteres, anestesia en silla de montar o déficit neurológico)<sup>3,4</sup>, deberíamos derivar al paciente al hospital para completar valoración con estudios complementarios.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz M, Gervas J. El dolor lumbar. *Semergen*. [Internet]. 2002;28(1):21-41. <https://www.elsevier.es/en-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
2. Tetsuka S, Suzuki T, Ogawa T, Hashimoto R, Kato H. Spinal epidural abscess: A review highlighting early diagnosis and management. *JMA J*. 2020;3(1):2940.
3. Galliker G, Scherer DE, Trippolini MA, Rasmussen-Barr E, LoMartire R, Wertli MM. Low back pain in the emergency department: Prevalence of serious spinal pathologies and diagnostic accuracy of red flags. *Am J Med*. 2020;133(1):60-72.e14.
4. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, et al. International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020;50(7):350-72.