

# DOLOR LUMBAR: LA IMAGEN NO SIEMPRE ES LA CLAVE

Lozano Rincón, L; del Villar Guerra, P; Valladares Díaz, AI; Hernández Carbonell, M; García-Trevijano, L; Brel Morenilla, M.  
Servicio Pediatría, Hospital General de Segovia



- Frecuente: múltiples patologías. **INTRODUCCIÓN**  
- Diagnóstico diferencial: anamnesis, clínica, pruebas complementarias y de imagen.  
Traumáticos, mecánicos, infecciosos, inflamatorios, tumorales, dolor musculoesquelético y causas extrínsecas.  
- Manejo y pronóstico variables según etiología.

GAMMAGRAFIA y SPECT-TAC: Depósito hipercaptación en la apófisis articular inferior izquierda de L-1.

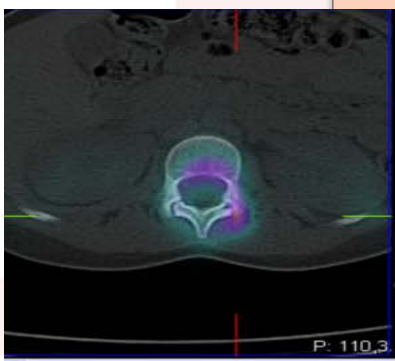
**CASO CLINICO**  
5 años: fiebre y dolor en hemiabdomen y lumbar izquierda de 30h. SO: leucocitos ++: amoxicilina-clavulánico. Sin antecedentes de interés. AEG, con dolor y aspecto febril. Distensión abdominal, blando, doloroso a la palpación en flanco y dorsolumbar. PPRB dudosa. No masas ni megalias. Dolor a la sedestación y con la marcha. Ingresa con sueroterapia y antibioterapia intravenosa 7 días. Dolor abdominal y dorsolumbar y en cresta iliaca izquierda.



Radiografía y ecografía abdominal normales

RM: edema óseo del pedículo de L1 y planos blandos y quiste de 6 mm junto lámina izquierda de L1

**CONCLUSIONES**  
- Dolor lumbar: Patologías de diferente gravedad: **diagnóstico diferencial.**  
- Imagen no siempre un diagnóstico claro: integrar la clínica y las diferentes pruebas complementarias: **correcto diagnóstico.**



TC: Foco radioluciente de 3 x 2 x 7 mm definidos en apófisis articular inferior izquierda de L1 sin disrupción de la cortical

RM corporal total normal.  
HLA B27 +