



<https://www.revclinesp.es>

A-135. - ESPONDILODISCITIS VERTEBRAL COMPLICADA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

G. Pérez-Vázquez¹, J. Puerto-Alonso¹, E. Campos-Dávila², L. García-Aragón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

Resumen

Objetivos: El término espondilodiscitis infecciosa corresponde al proceso de colonización y posterior infección del espacio discal y de los cuerpos vertebrales adyacentes. Durante los últimos 20 años se ha señalado una disminución de las espondilodiscitis tuberculosas. Describir dos casos clínicos de espondilodiscitis infecciosa presentados en nuestro hospital en 2012.

Métodos: Caso A: varón de 61 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias desde la consulta externa de Traumatología, por ciatalgia derecha refractaria a tratamiento analgésico. Se realiza estudio con hallazgo de leucocitosis con neutrofilia, e hiperglucemia aislada con función hepatorrenal e ionograma dentro del rango de la normalidad, así como TAC de columna lumbar con hallazgo de lesión lítica en cuerpo vertebral de L3 compatible con origen neoplásico. Ingresa en planta de Medicina Interna para estudio, presentando en las primeras 24 horas fiebre con síndrome distérmino, se toman muestras de sangre y orina que se remiten para estudio microbiológico, e iniciamos tratamiento empírico con tobramicina y piperacilina-tazobactam. Se solicita Tc body con hallazgo de masa de tejido blando predominantemente hipodensa que produce osteolisis del cuerpo vertebral, pedículo derecho y apófisis transversa de L3, atravesando por encima del espacio discal de L2L3, en el plano trasversal tiene expansión prevertebral, epidural anterior y paravertebral bilateral, mayor hacia el lado derecho (10-12 cm), propagándose inferiormente a distancia dentro de la vaina del psoas derecho, hasta región inguinal de ese lado. Siendo diagnosticado de espondilodiscitis con absceso a psoas con aislamiento en hemocultivos de *Staphylococcus aureus*, se derivó a unidad de columna de hospital de referencia. Caso B: mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, valorada en consultas de Reumatología por dolor dorsal de 1 año de evolución, con realización de RMN ambulatoria por sospecha de espondilodiscitis D9D10, ingresa en Medicina Interna. Estable hemodinámicamente y afebril, sin hallazgos patológicos durante la exploración física. Se realiza estudio analítico sin alteración en las tres series hematológicas ni alteración hemostásica, función hepatorrenal, perfil lipídico e ionograma normal, excepto elevación de creatín kinasa 167 UI/L. Se toman muestras microbiológicas de sangre, orina y frotis faríngeo siendo negativas tras 7 días de cultivo en medio aerobio y anaerobio. Se realiza nuevo estudio de imagen mediante resonancia magnética con contraste de columna dorsal con hallazgo de gran aumento de intensidad de señal en T2, con baja señal en T1 e intenso realce tras la administración de contraste en los cuerpos vertebrales de T9 y T10, en relación con fenómenos inflamatorios y edema óseo, con signos de intensa actividad aguda, a descartar espondilodiscitis infecciosa. Realizamos gammagrafía ósea con galio que muestra hallazgos compatibles con proceso infeccioso activo en D9 (espondilodiscitis). Iniciamos tratamiento empírico con ceftriaxona y cloxacilina endovenosas. Siendo trasladada a Unidad de columna de nuestro hospital de referencia.

Discusión: La espondilodiscitis representa el 2-7% de todos los casos de infecciones óseas, siendo su incidencia mayor entre los 60-70 años. La vía de infección más frecuente es la hematógena (microabscesos en el cartílago subcondral donde el germen aislado en un 80-90% es el *Staphilococcus aureus*, o vía retrógrada por infección genitourinaria previa con predominio de gram negativos), o por contigüidad (absceso del psoas, suele ser polimicrobiana). Constituye una enfermedad de difícil diagnóstico ya que su principal manifestación clínica es el dolor dorsolumbar, del cual sólo el 0,01% corresponderán a espondilodiscitis. Los estudios mediante radiografía y tomografía presentan manifestaciones tardías, siendo la resonancia magnética el estudio de primer orden. Los signos de alarma en los pacientes con dolor dorsolumbar son edad mayor a 50 años, fiebre, repercusión del estado general, inmunosupresión (farmacológica, VIH, insuficiencia renal terminal), diabetes mellitus, alcoholismo dolor de más de 4-6 semanas refractario a tratamiento convencional, traumatismo local previo e infección concomitante.