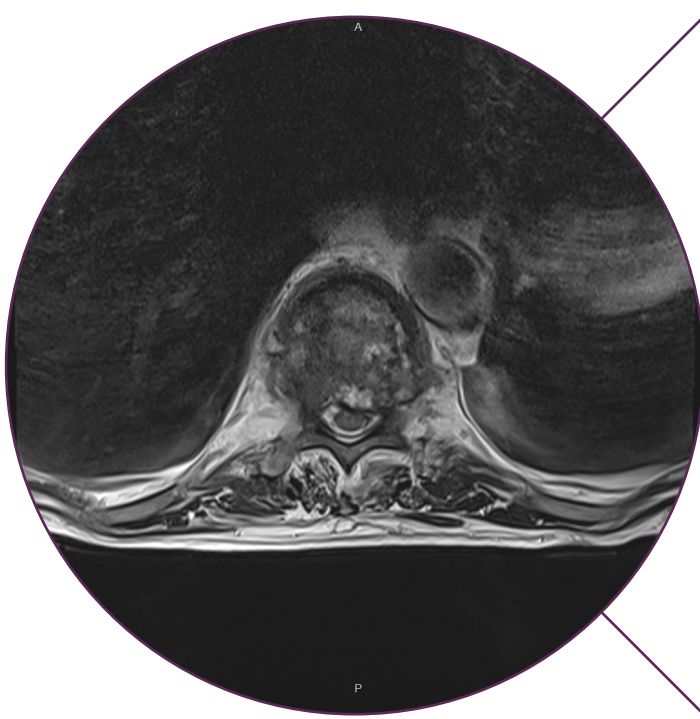


# Espondilodiscitis con lesión medular incompleta y correcta recuperación tras intervención en paciente de edad avanzada

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (NAVARRA)

- LEYRE AZCONA SALVATIERRA
- DIEGO MANRIQUE CUEVAS
- CARLOS SANZ GARCÍA
- CRISTIAN IZURIAGA LABIANO
- ALBA PÉREZ CINTAS

- La espondilodiscitis infecciosa implica la colonización del espacio discal y los cuerpos vertebrales adyacentes.
- Es una enfermedad infrecuente, el diagnóstico depende de un alto grado de sospecha.
- El dolor axial con o sin compromiso neurológico, fiebre y aumento de reactantes de fase aguda, es el eje diagnóstico.
- La infección puede producir graves complicaciones, como compresión medular.
- Los objetivos fundamentales del tratamiento son erradicar la infección y mantener la función mecánica de la columna.

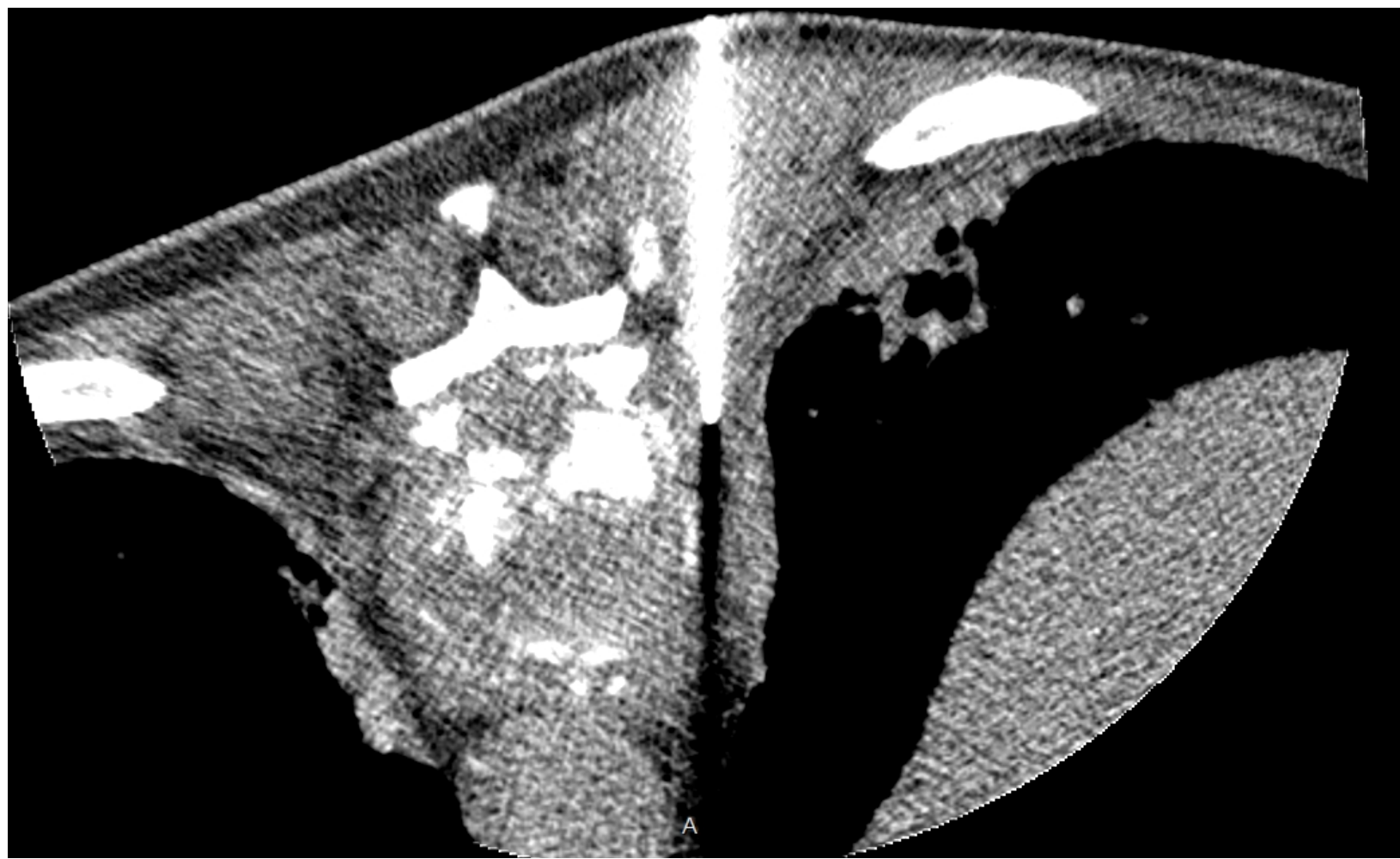


**OBJETIVO**

Presentar un caso de paraplejía progresiva en paciente de edad avanzada tratado de manera quirúrgica mínimamente invasiva con correcta evolución.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 86 años, independiente para ACDV. Presenta dolor lumbar y parestesias en extremidades de 10 días de evolución tras ser diagnosticado de fractura de T11. Ingresa en otro centro para control del dolor y estudio. Mediante estudio con TAC se objetiva. "Espondilodiscitis T11-T12, con aumento de partes blandas peridiscal". El paciente **no presentaba pérdida de fuerza, ni fiebre, PCR 64.**



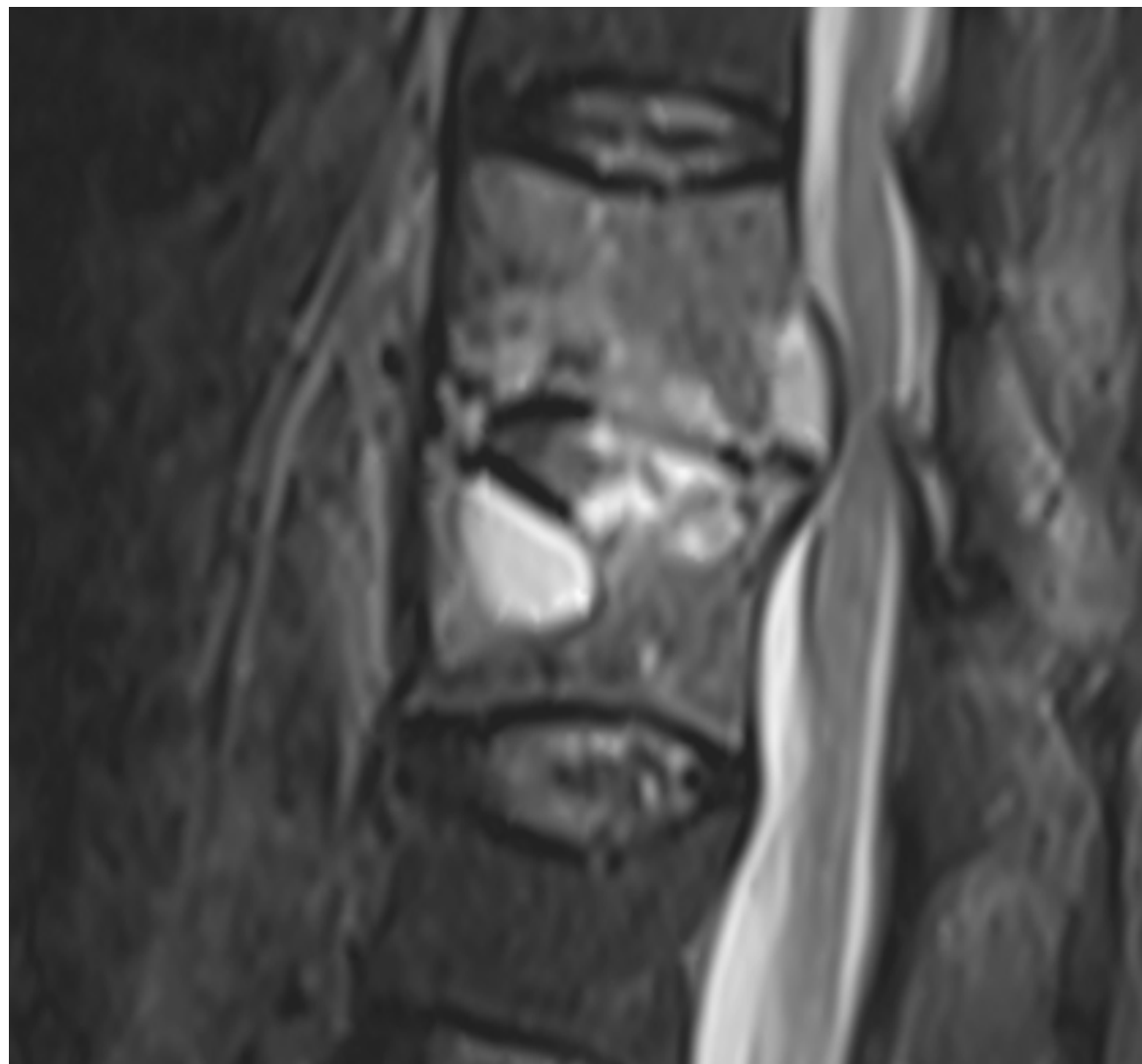
Se realiza PAAF guiada por TC de absceso paravertebral D11.



Al 6º día de ingreso presenta paresía de extremidades, así como alteración del control de esfínteres. Se realiza RM urgente "**Espondilodiscitis T10-T11 con absceso epidural que produce compresión cordón medular signos de mielopatía secundaria a compresión**". Por lo que es trasladado a nuestro centro.

### EXPLORACÓN FISICA

- Fuerza bilateral: **Triceps sural 1/5, ext hallux 1/5, tibial anterior 0/5, cruadiceps 0/5**, Psoas 3/5.
- Reflejos rotulianos y aquielos abolidos
- No clonus aquielo ni rotuliano
- RCP **extensor** bilateral
- Sensibilidad. **Hiipoestesia desde T10** conservado la sensibilidad profunda, sin poder discriminar correctamente.
- Sensibilidad perianal conservada con discriminacion al frio. Tono esfinter anal disminuido



A su llegada presenta lesión medular incompleta **ASIA B**, RCP extensor bilateral, hipoestesia desde T10, conservando sensibilidad perianal. El paciente refiere pérdida de fuerza progresiva en los últimos días.

Se decide intervención urgente mediante fijación percutánea T8-T9-T12-L1 y descompresión (laminectomía T10 y hemilaminectomía T11 y T9)

El paciente, tras aislamiento Staphylococcus capitis, continuó tratamiento con antibioterapia IV Linezolid y posteriormente Levofloxacinó vía oral y realizó tratamiento rehabilitador.

## RESULTADOS

Tras la intervención comienza con una pronta recuperación de la fuerza, al alta deambula con andador, con una mejoría en la escala **ASIA D**. Tras periodo de rehabilitación, al año de la intervención deambula sin ayuda en domicilio. Con bastones en la vía pública.

## CONCLUSIONES

- La espondilodiscitis es una infección poco frecuente, durante su evolución se debe prestar especial atención a la situación neurológica.
- La RM es la técnica de mayor sensibilidad.
- El tratamiento antimicrobiano prolongado y la cirugía en caso de compresión medular con compromiso neurológico, deformidad raquídea o una falla del tratamiento médico son la base del tratamiento.

