

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

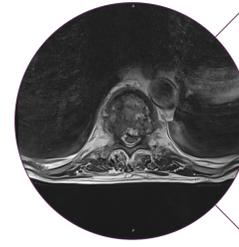
La espondilodiscitis infecciosa implica la colonización del espacio discal y los cuerpos vertebrales adyacentes.

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.

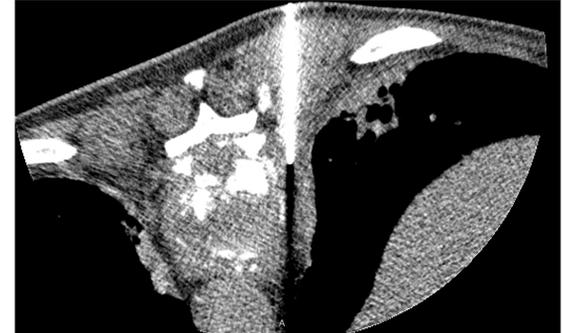
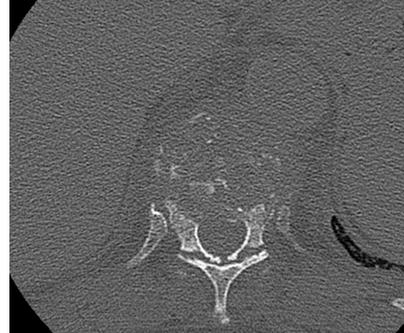


OBJETIVO

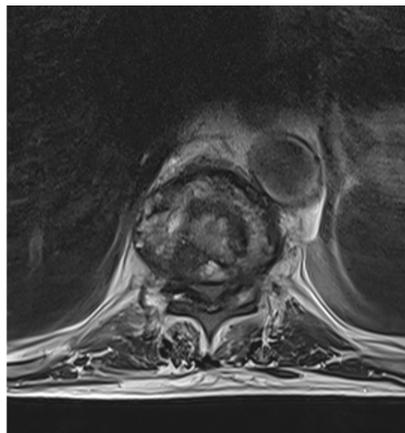
Presentar un caso de paraplejía progresiva en paciente de edad avanzada tratado de manera quirúrgica mínimamente invasiva con correcta evolución.

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.**



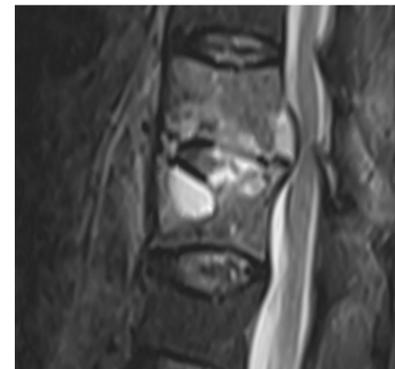
Se realiza PAAF guiada por TC de absceso paravertebral D11.



Al 6º día de ingreso presenta paresia 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.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Fuerza bilateral: **Triceps sural 1/5, ext hallux 1/5, tibial anterior 0/5, cuadiceps 0/5**, Psoas 3/5.
- Reflejos rotulianos y aquielos abolidos
- No clonus aquielo ni rotuliano
- RCP **extensor** bilateral
- Sensibilidad. **Hipoestesia desde T10** conservado la sensibilidad profunda, sin poder discriminar correctamente.
- Sensibilidad perianal conservada con discriminación al frío. Tono esfínter 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 Levofloxacin 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.

