

ESPONDILODISCITIS CON MALA EVOLUCIÓN

Fernández Ortega, C. Mínguez Pérez, H. Calvera Allué, J. García García, MA. Chan Moi Fat Fresnillo, V. de Mena Martínez, N.

Introducción

La espondilodiscitis es una infección de la columna vertebral que afecta tanto a las vértebras como al disco intervertebral. El 60% se localizan en la columna lumbar y el 30% a nivel dorsal. La etiología más frecuente es la diseminación hematógena y el *Staphylococcus aureus* el germen más frecuentemente aislado. La clínica típica consta de dolor dorsolumbar que se acompaña de fiebre hasta en un tercio de los pacientes. El diagnóstico se basa en clínica compatible y prueba de imagen (resonancia magnética nuclear (RMN) de elección). El tratamiento es casi siempre conservador: antibioterapia intravenosa durante 4-6 semanas, reposo y, en ocasiones, inmovilización con ortesis.

El tratamiento quirúrgico se reserva para casos en los que fracase el tratamiento médico junto con afectación neurológica, compromiso de la estabilidad de la columna o necesidad de tomar biopsias.

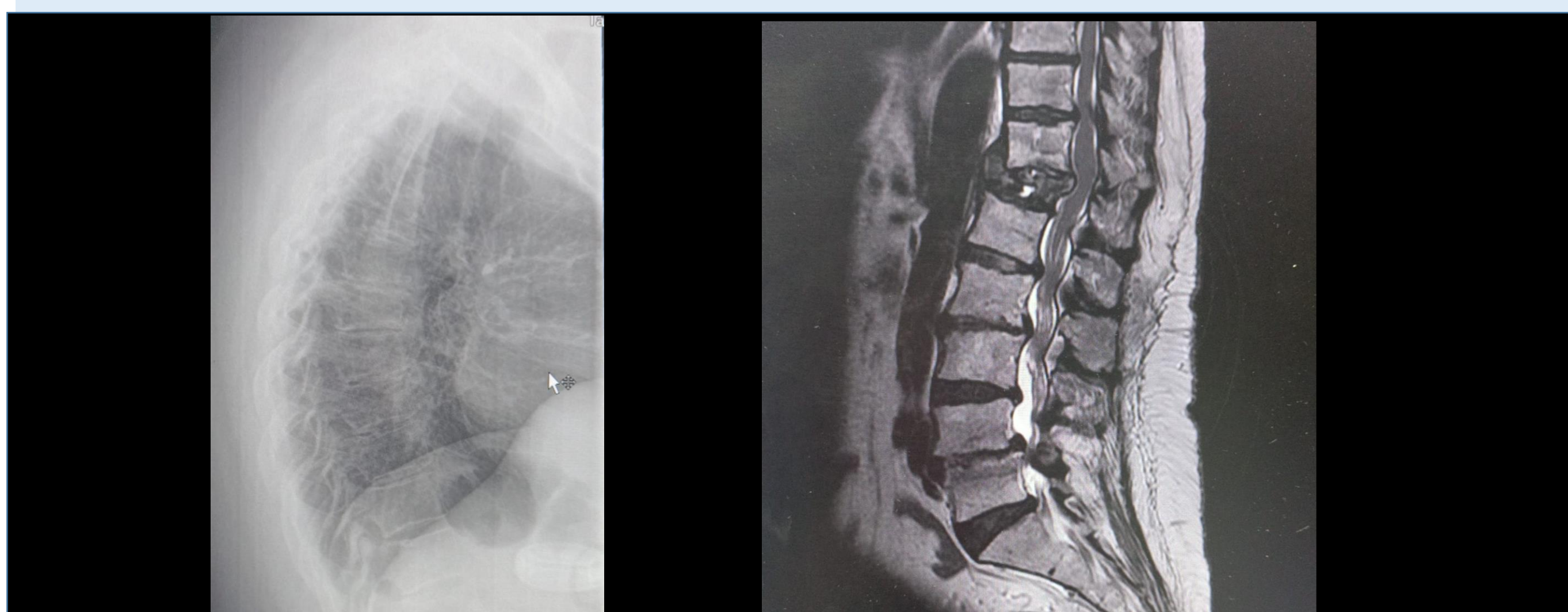
Objetivo

Revisión de un caso clínico de una paciente ingresada en el Hospital Severo Ochoa (HUSO) por espondilodiscitis que presentó mala evolución y precisó tratamiento quirúrgico.

Material y métodos

Se revisa el caso de una mujer de 64 años con espondilodiscitis con mala evolución. Se trata de una paciente que acude a Urgencias por cuadro de lumbalgia mal controlado de meses de evolución y elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza RMN y se confirma el diagnóstico de espondilodiscitis.

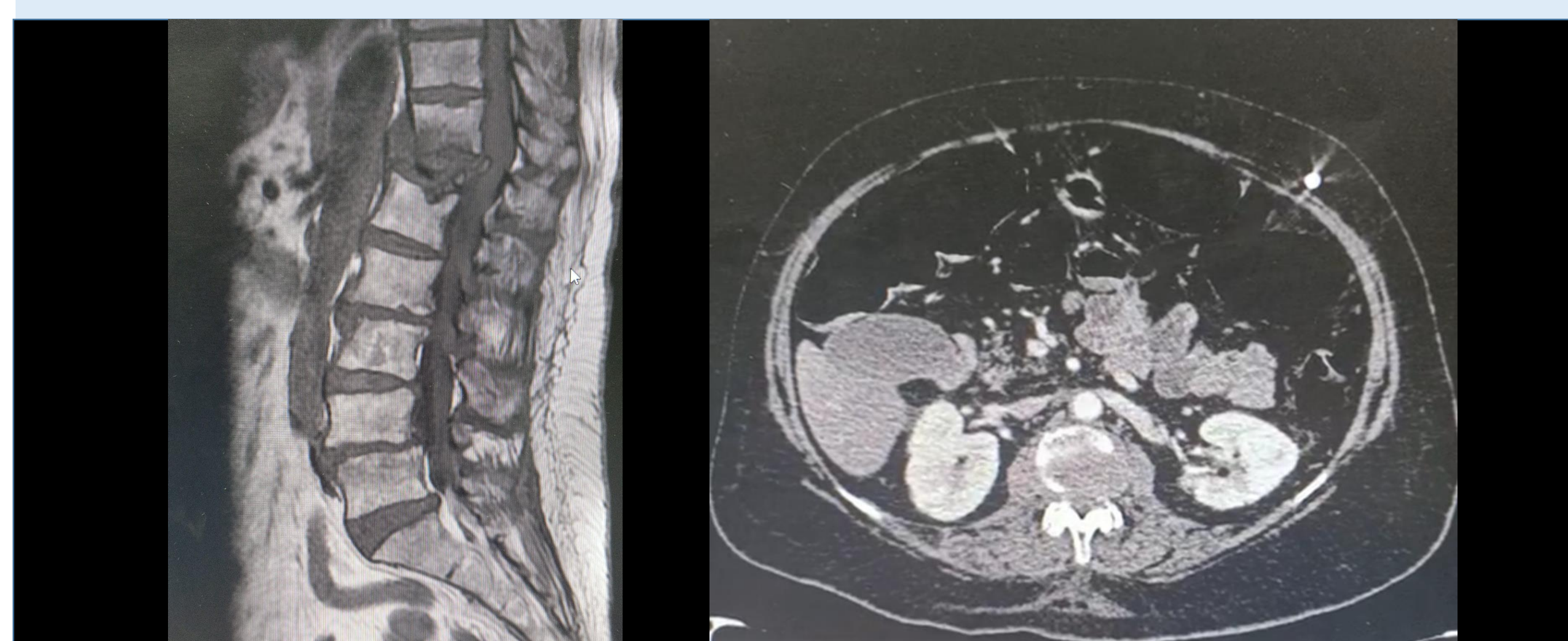
A pesar de tratamiento antibiótico intravenoso adecuado, presenta una evolución tórpida, con pérdida de deambulación y debilidad en ambos miembros inferiores (MMII) que obligan a encamamiento permanente.



Se solicita valoración por Cirugía Ortopédica y Traumatología.

A la exploración física la paciente presenta fuerza 4/5 en ambos MMII con sensibilidad conservada y control de esfínteres adecuado, sin presentar fiebre asociada.

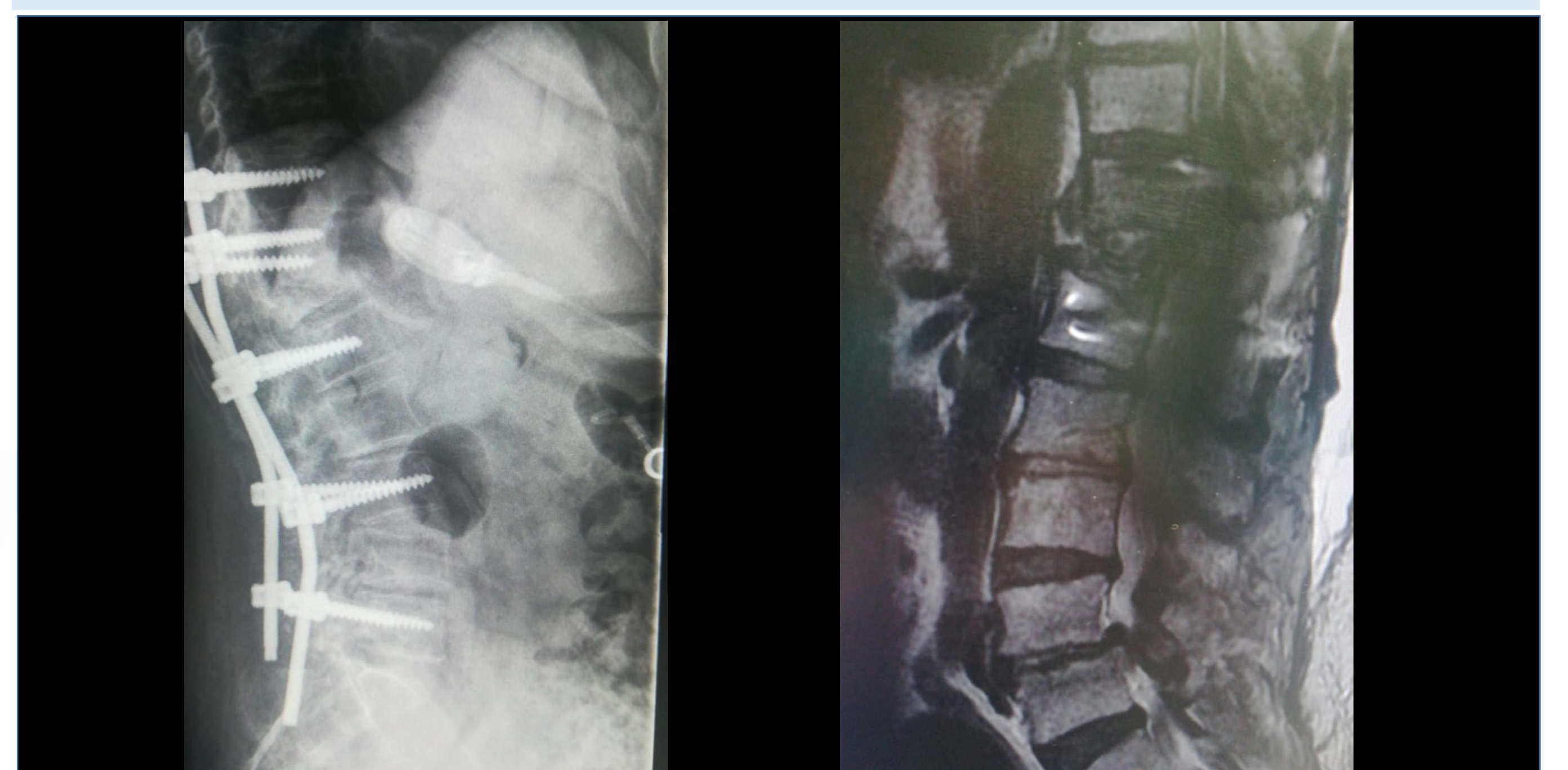
En la RMN se aprecia osteonecrosis del cuerpo vertebral de T12 con estenosis de canal asociada.



Resultados

Se decide intervenir quirúrgicamente, realizando descompresión de T12 y artrodesis posterior instrumentada de T10 a L5.

En sucesivas revisiones refiere mejoría progresiva, logrando flexión plantar de ambos pies y flexión de cadera 4/5, tolerando además la bipedestación y consiguiendo dar algunos pasos con andador.



Conclusiones

El tratamiento de elección de la espondilodiscitis es inicialmente médico con antibioterapia intravenosa durante largos periodos (6-8 semanas).

Únicamente en caso de fracaso de tratamiento médico, déficit neurológico por abscesificación, inestabilidad/deformidad progresiva o necesidad de biopsia para obtención de una muestra, se valorará la necesidad de tratamiento quirúrgico adicional.

Bibliografía

- Carragee, E. J. Pyogenic vertebral osteomyelitis. JBJS. 1997. 79(6), 874-80.
- Gentile L, Benazzo F, De Rosa F, et al. A systematic review: characteristics, complications and treatment of spondylodiscitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019; 23(2 Suppl):117-128.
- Rutges, J.P.H.J., Kempen, D.H., van Dijk, M. et al. Outcome of conservative and surgical treatment of pyogenic spondylodiscitis: a systematic literature review. *Eur Spine J*. 2016. 25, 983–999.

