

ESPONDILOCISTITIS

La importancia de la sospecha clínica para la cadena diagnóstica

Martín Díaz, M.T.
Martín Pérez, S.
García Fresnadillo, J.P.
García Barrio, C.
Novo Aparicio, S.
Domínguez Franjo, E.

Hospital Infanta Sofía
San Sebastián de los Reyes
(Madrid)

Definición

La **Espondilodiscitis (ED)** es una **infección del platillo intervertebral** que se extiende a **platillos discales** desde **vértebras contiguas** e invade **cuerpos vertebrales** y el **conducto raquídeo** con **extensión meníngea** o a la **musculatura paravertebral**.

Epidemiología (1 de 2)

Es una **afección rara**, con una incidencia entre 0,7 a 2,4/100.0000 habitantes y su origen puede ser hematógeno (el más frecuente) por intervencionismo (inoculación directa o por infección de lecho quirúrgico) o por contigüidad desde foco infeccioso vecino, aunque no es infrecuente no encontrar el origen.

Epidemiología (2 de 2)

- **Afecta** principalmente a la población **adulta mayor de 60 años**, aunque hay un pico de incidencia en la primera infancia.
- Hay **factores predisponentes** como la **diabetes**, la **inmunodepresión** (asociada o no a discrasias sanguíneas) y las **neoplasias**.
- Otros factores de riesgo son ser UDVP, tener antecedente de procedimientos quirúrgicos espinales o septicemias secundarias a endocarditis o infecciones urológicas/abdominales o de catéter.

Etiología

- Las más frecuentes son las ED piógenas causadas por estafilococos (*S.Aureus*) 40-65%, bacilos gram negativos (*E.Coli* y *P.Aeruginosa*) 25-30% y estreptococos (*S.Pyogenes*) 5% (1)
- También pueden ser causadas por gérmenes que provocan enfermedades granulomatosas (*M.Tuberculosis* y *M.Brucelae* en nuestro medio) y las infecciones fúngicas (entre inmunodeprimidos)

(1) Vicente García Pintado. Revista de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008,26.

Diagnóstico (1 de 3)

En el diagnóstico es fundamental la **sospecha clínica** y la búsqueda del germen del **foco infeccioso**, a veces reconocible tras infección de origen intestinal/ urológico o tras intervención quirúrgica (en este caso puede ser polimicrobiano).

Se suele encontrar el germen en los **hemocultivos** (en el caso de las ED agudas en un 25-70% mientras que en las ED crónicas son estériles ⁽¹⁾).

(1) Vicente García Pintado. Revista de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008,26.

Diagnóstico (2 de 3)

En el caso de las **ED tuberculosas** el diagnóstico se sospecha por la enfermedad pulmonar (puede existir enfermedad activa renal y ganglionar) y puede precisar confirmación histológica. La sensibilidad diagnóstica en el estudio de esputo es del 15-20% ,en cultivo del 50-80% y el histológico es del 65-95% ⁽¹⁾ .

En el caso de las ED por **Brucella** se recomienda estudio inmunológico o con menor rentabilidad el hemocultivo, ⁽¹⁾

(1) Vicente García Pintado. Revista de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008,26.

Diagnóstico

(3 de 3)

La elevación de los **reactantes de fase aguda** (PCR , preferible, y VSG) son marcadores evolutivos. Sólo en el caso de las ED agudas hay leucocitosis con neutrofilia.

El signo clínico más frecuente es el **dolor** y en algún caso neuropatía por compromiso de raíces nerviosas (sensitivas, motoras o anomalías de ROT). Mayor gravedad en caso de abolición de fuerza de MMII o alteración esfinteriana. La fiebre es inconstante.

Diagnóstico Diferencial

- **Espondiloartropatías de origen urémico.** Suele tratarse de pacientes en diálisis. Se caracteriza por erosión de los discos y cuerpos vertebrales sin edema óseo, con depósitos de amiloide.
- **Artropatía de Charcot** (en pacientes diabéticos, se asocia con neuropatía) y artritis postraumáticas tras fracturas.
- **Osteonecrosis:** Como entidad independiente o como consecuencia de la evolución de las ED, y asocia otros hallazgos relacionados con la osteomielitis.

Tratamiento (1 de 2)

- **Antibiótico,** inicialmente empírico para una cobertura adecuada (en función de sospecha clínica, antecedentes y grupo de edad) y posteriormente el más adecuado según las pruebas de sensibilidad y resistencia a los fármacos obtenido en laboratorio.
- Son tratamientos prolongados, comienzan por vía i.v. y se prolongan 4-6 semanas. Se continúa por v.o. durante 2-3 meses. La pauta oral es algo más controvertida ⁽¹⁾.

(1) Vicente García Pintado. Revista de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008,26.

Tratamiento (2 de 2)

- **La cirugía** puede ser necesaria en el 10-25% de los casos.
- Las **recaídas** (entre el 5-15%) tienen origen en la afectación vertebral extensa y tratamiento antibiótico no adecuado o tras drenaje incompleto de colección.
- La evolución es favorable si el diagnóstico es precoz, aunque pueden quedar **secuelas** en pacientes con edad avanzada, existencia de déficit neurológico al diagnóstico y otras patologías asociadas así como en pacientes con retraso al diagnóstico de más de 2 meses ⁽¹⁾.

Hallazgos Radiológicos (1 de 2)

- Las pruebas diagnósticas no deberían usarse por sistema para comprobar la respuesta al tratamiento porque algunos cambios son irreversibles.
- La **radiología simple** es normal entre 3 y 4 semanas tras la instauración de la enfermedad.
- La **TC** valora mejor los hallazgos de las ED crónicas: erosión o irregularidad de los platillos discales, puentes óseos, bloques vertebrales o pérdida de altura de los cuerpos vertebrales.

Hallazgos

Radiológicos(2de 2)

- La **RM** valora de forma precoz los signos (90% en las primeras 2 semanas) y son variados, desde cambios de señal de los cuerpos vertebrales por edema y en el disco por discitis, hasta la existencia de masas de partes blandas perivertebrales o colecciones epidurales (utilidad del contraste, con realce periférico de la colección) incluso línea de fractura por osteonecrosis.
- Las secuencias de difusión no tienen utilidad.
- La **gammagrafía** puede ser útil pero es menos sensible y específica (1)

(1) Vicente García Pintado. Revista de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008,26.

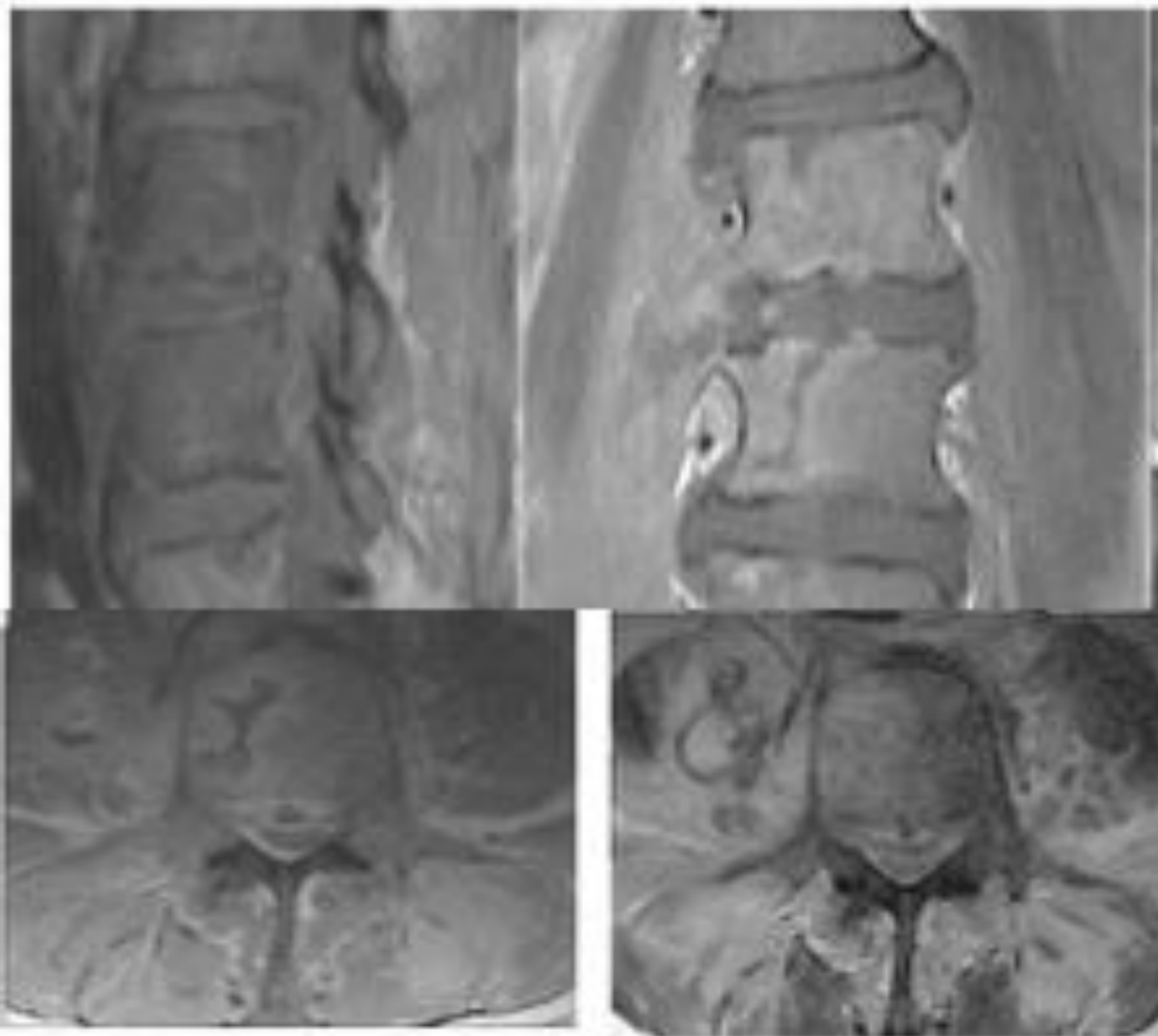
Muestra de Casos (1 de 4)

Presentamos distintos casos de ED,
entre las **agudas**:

- **Caso 1:** ED por germen desconocido, con absceso de psoas.
- **Caso 2:** ED por estreptococo, discitis aislada.
- **Caso 3:** ED por *E. Coli* con colección epidural.
- **Caso 4:** ED con osteonecrosis en paciente con mieloma. Germen desconocido.

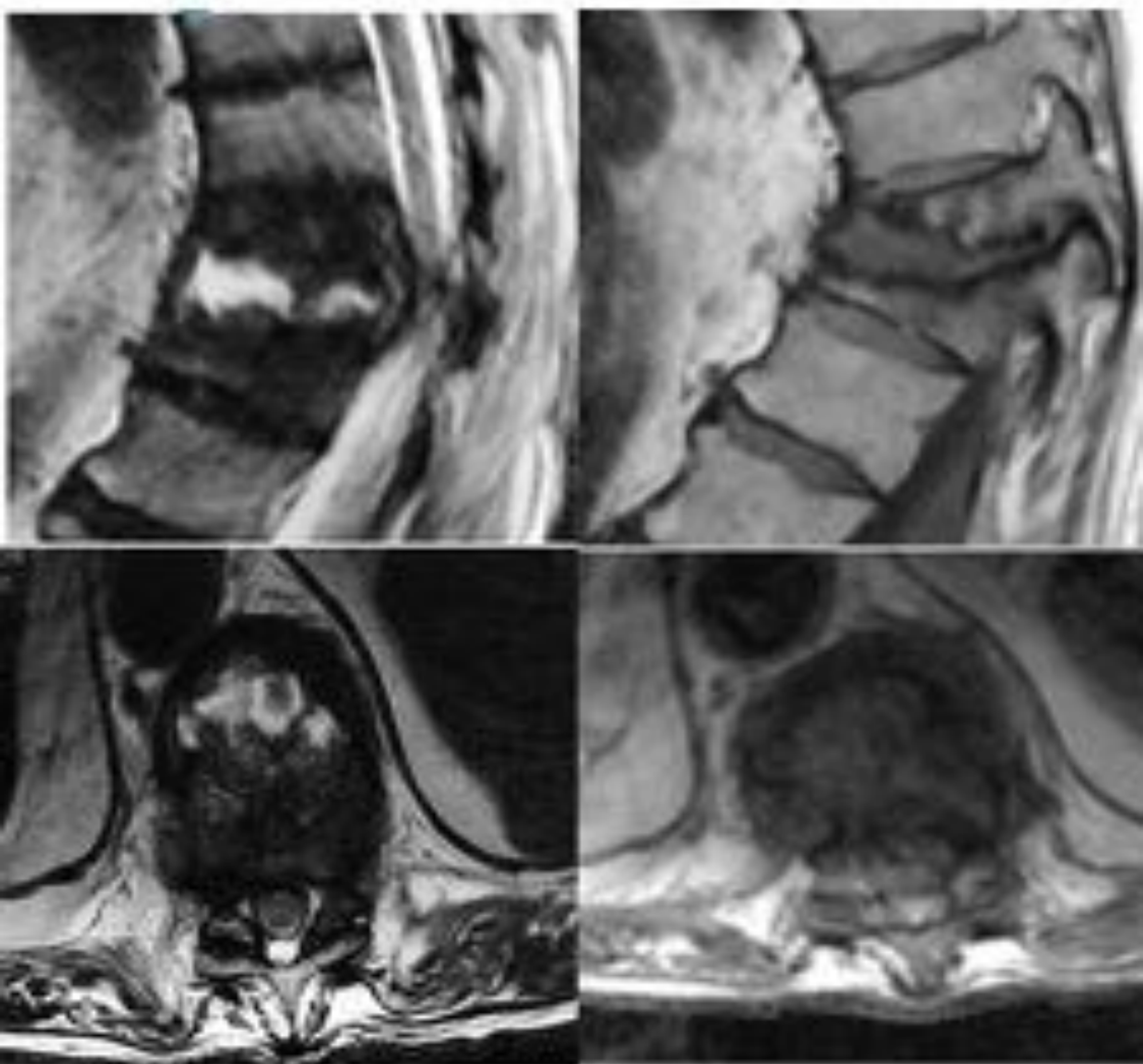
ED Aguda: Caso 1

ED por germen desconocido,
con absceso de psoas.



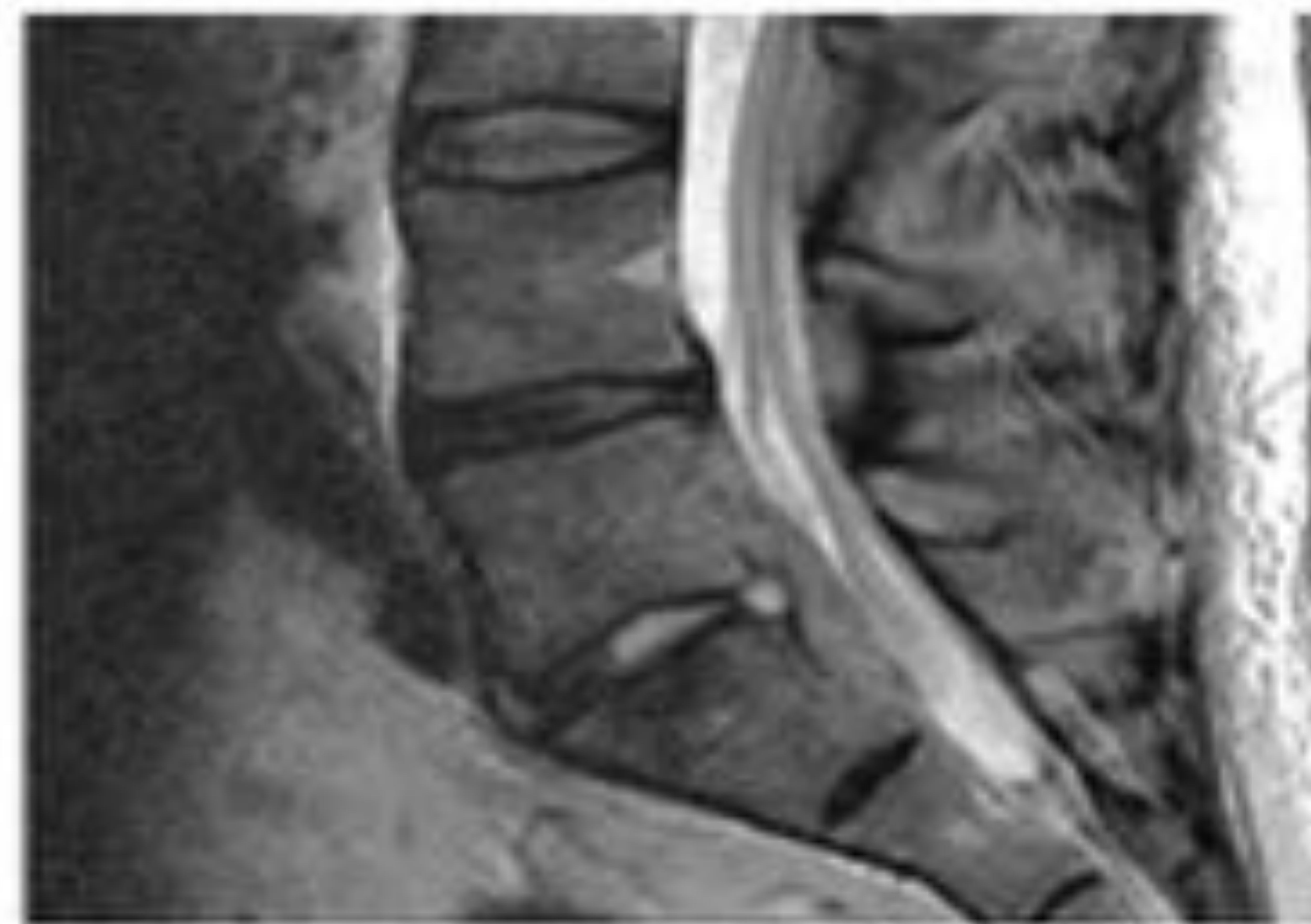
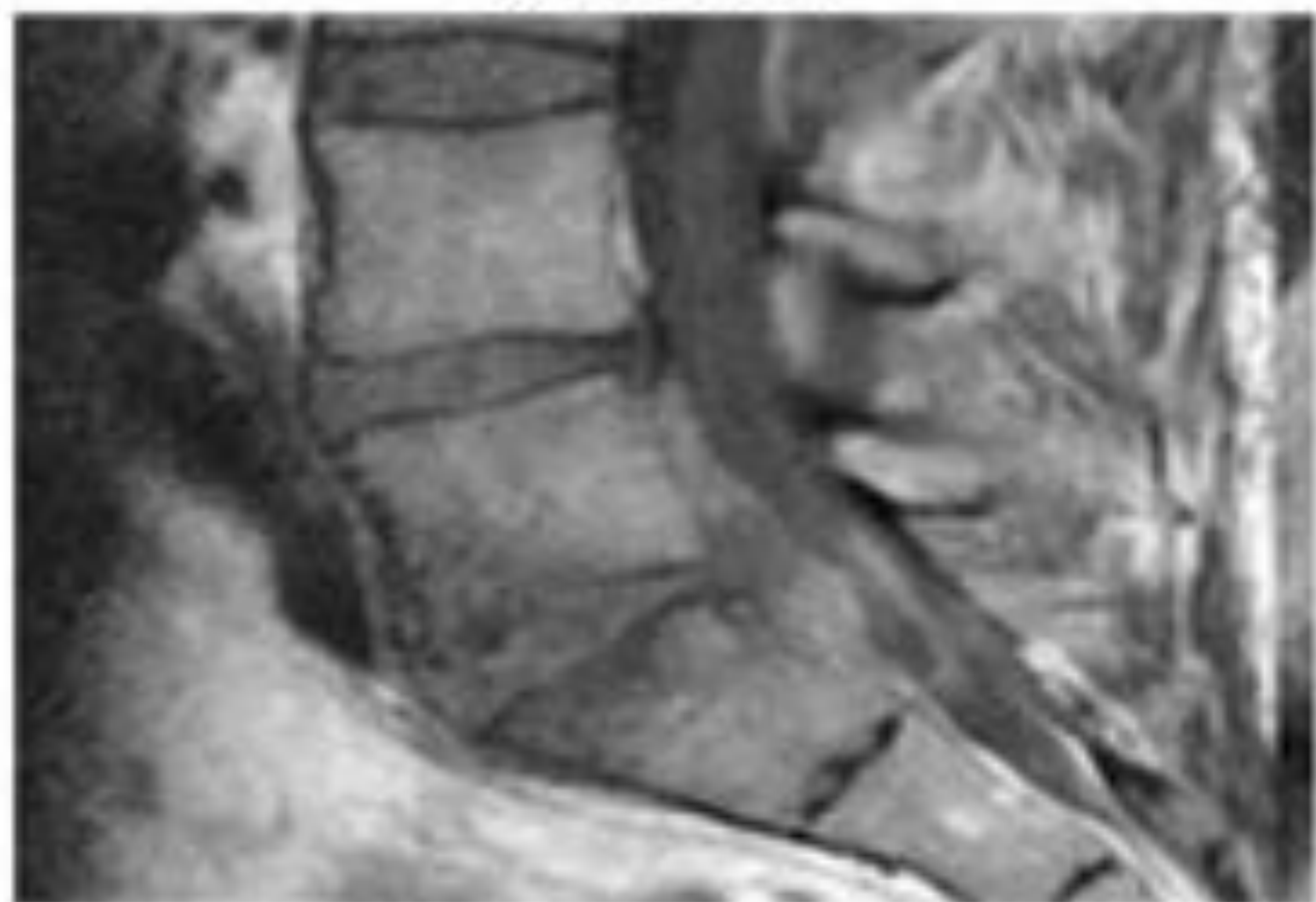
ED Aguda: Caso 2

ED por estreptococo, discitis
aislada



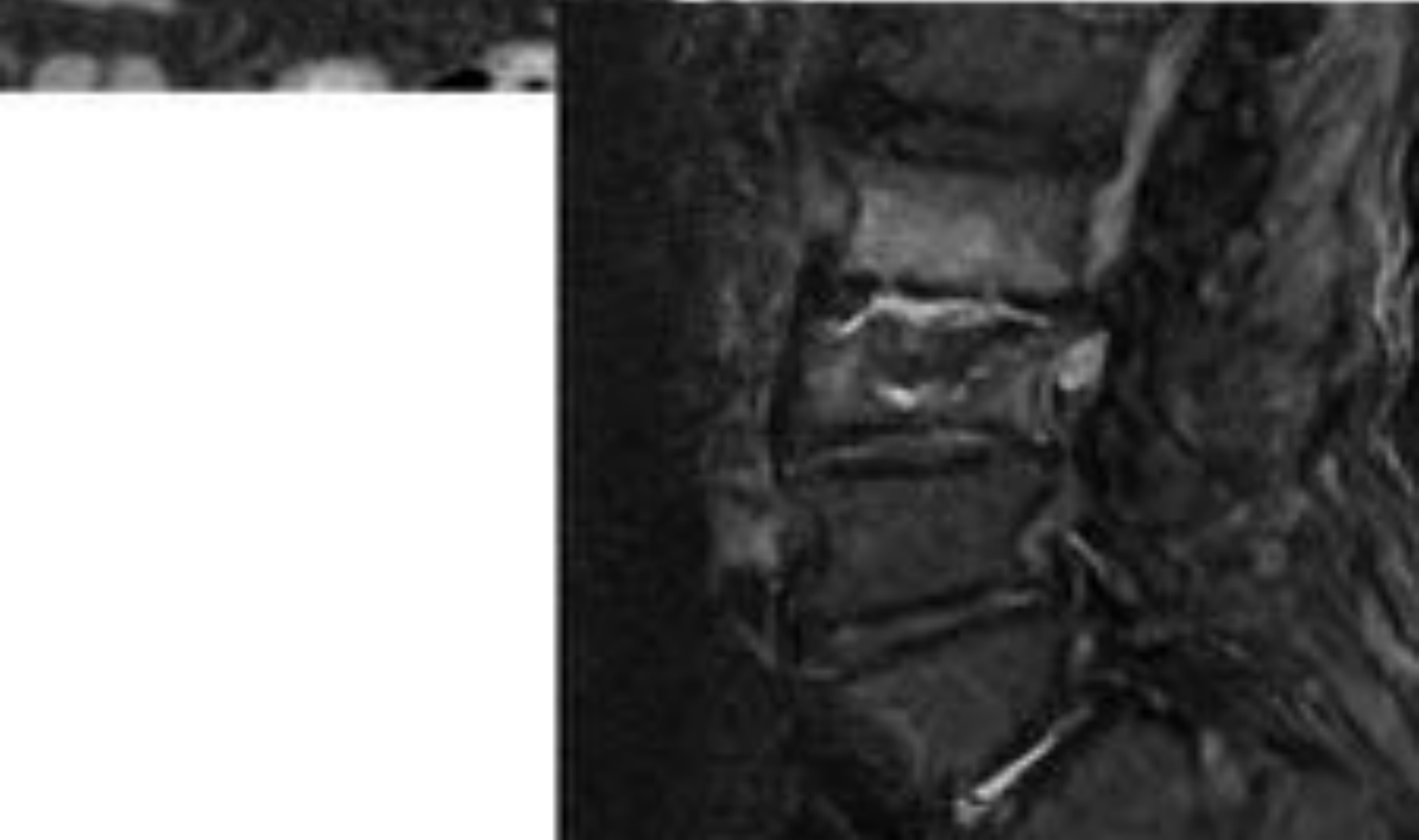
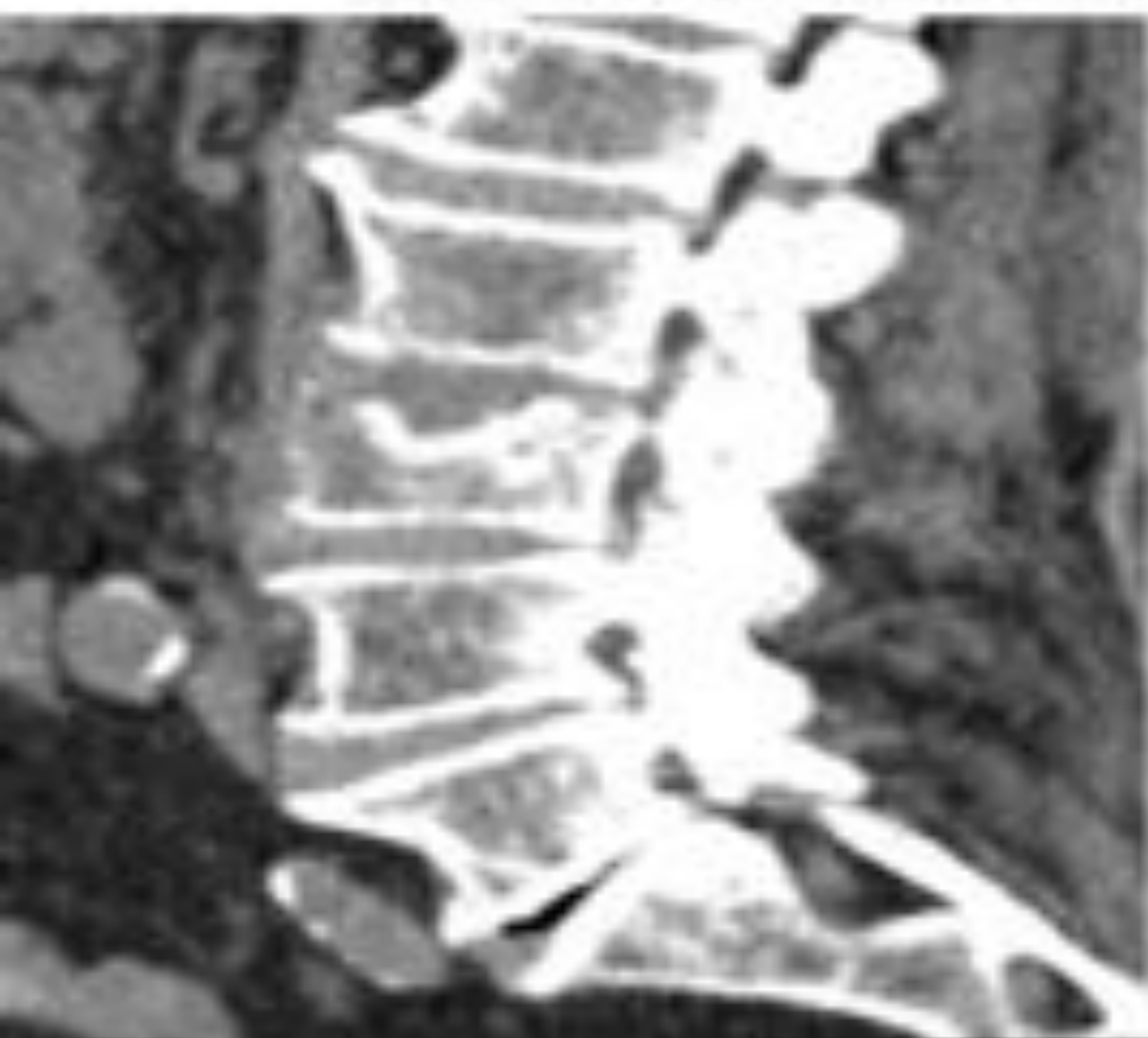
ED Aguda: Caso 3

ED por *E. Coli* con colección epidural



ED Aguda: Caso 4

ED con osteonecrosis en
paciente con mieloma.
Germen desconocido



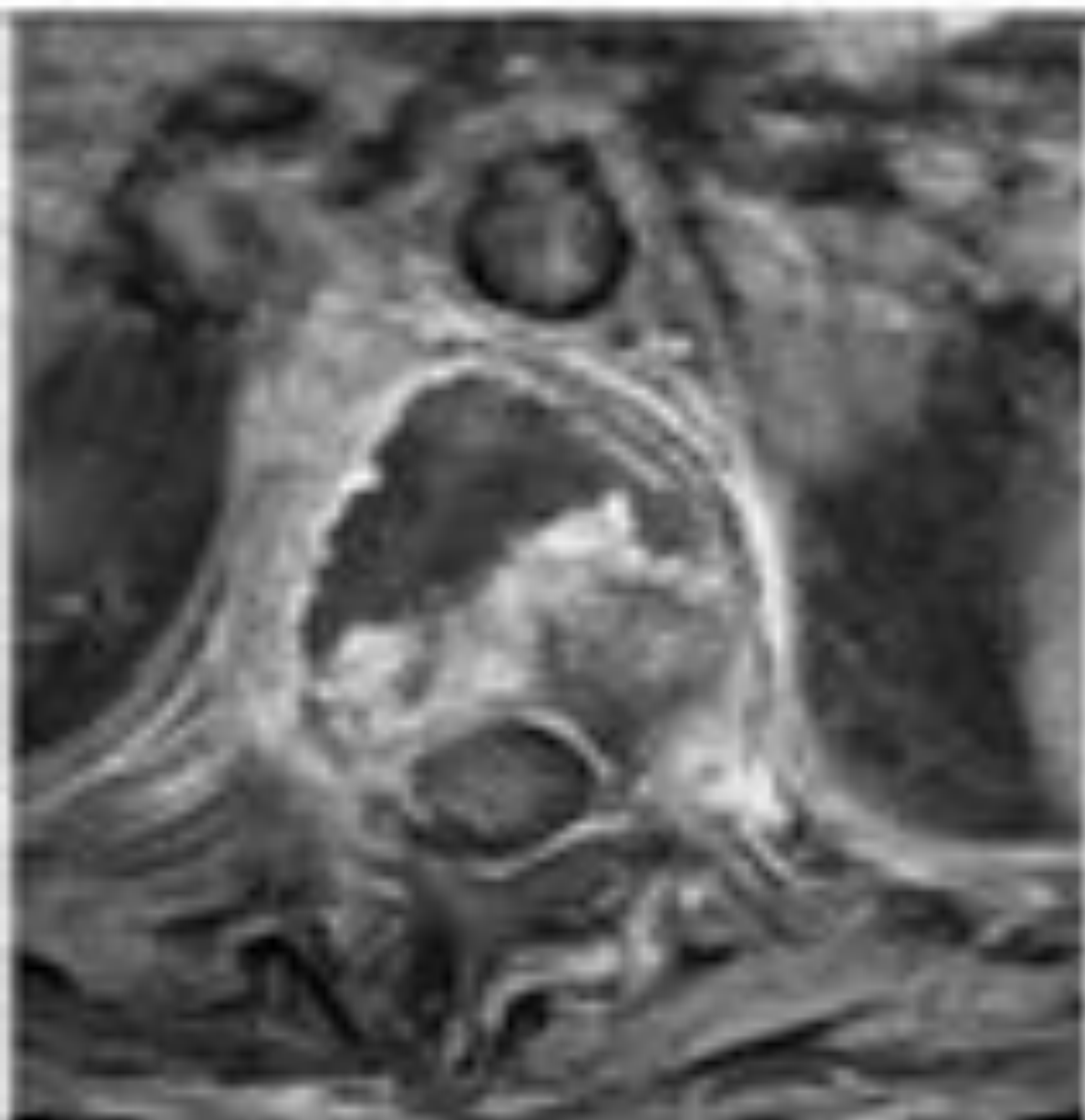
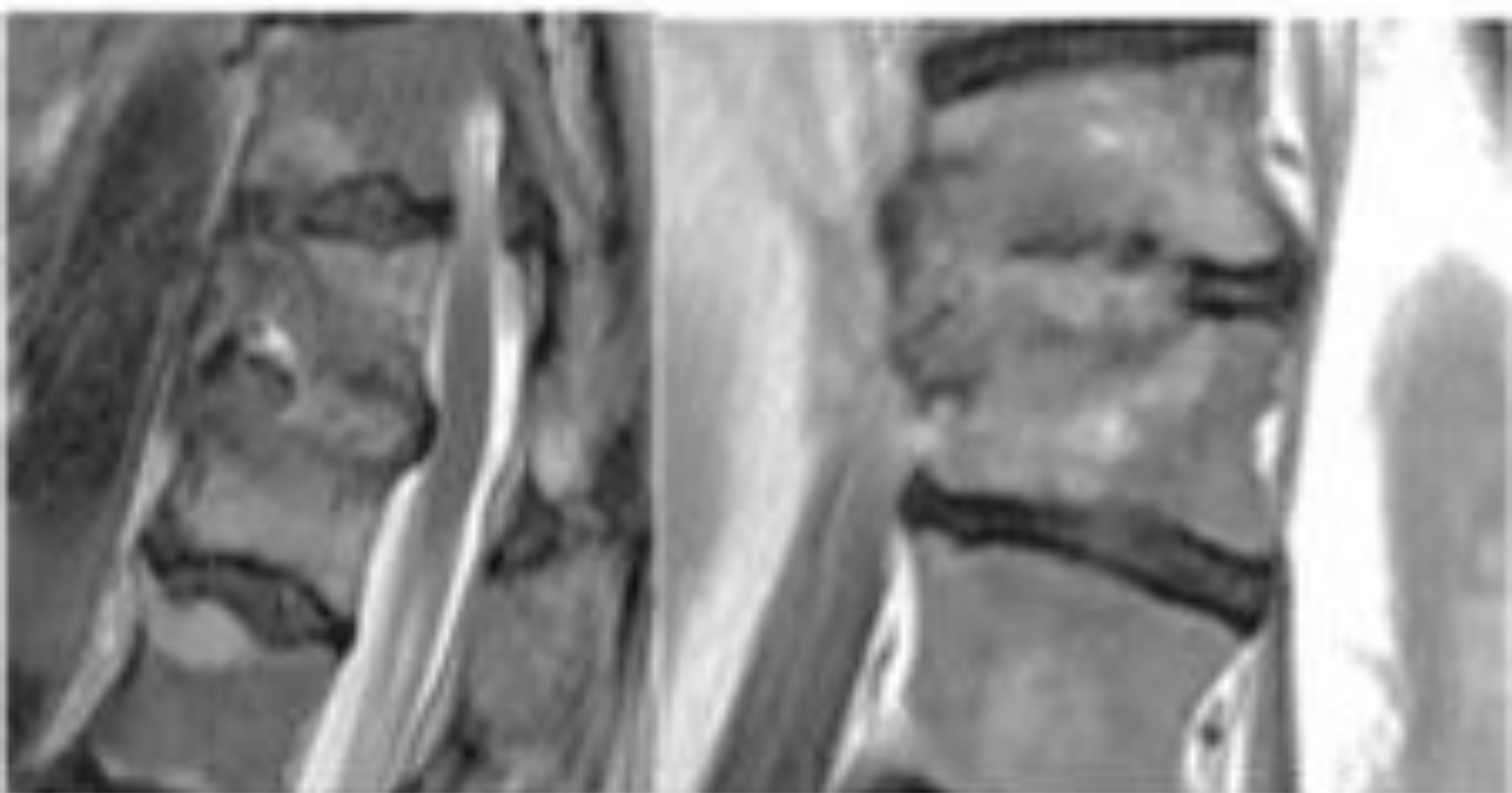
Muestra de Casos (2 de 4)

ED Crónicas:

- **Caso 5:** ED de origen tuberculoso con colección paravertebral al diagnóstico y en la evolución, con cambios irreversibles.
- **Caso 6:** paciente pediátrico con discitis crónica sin germen reconocible.

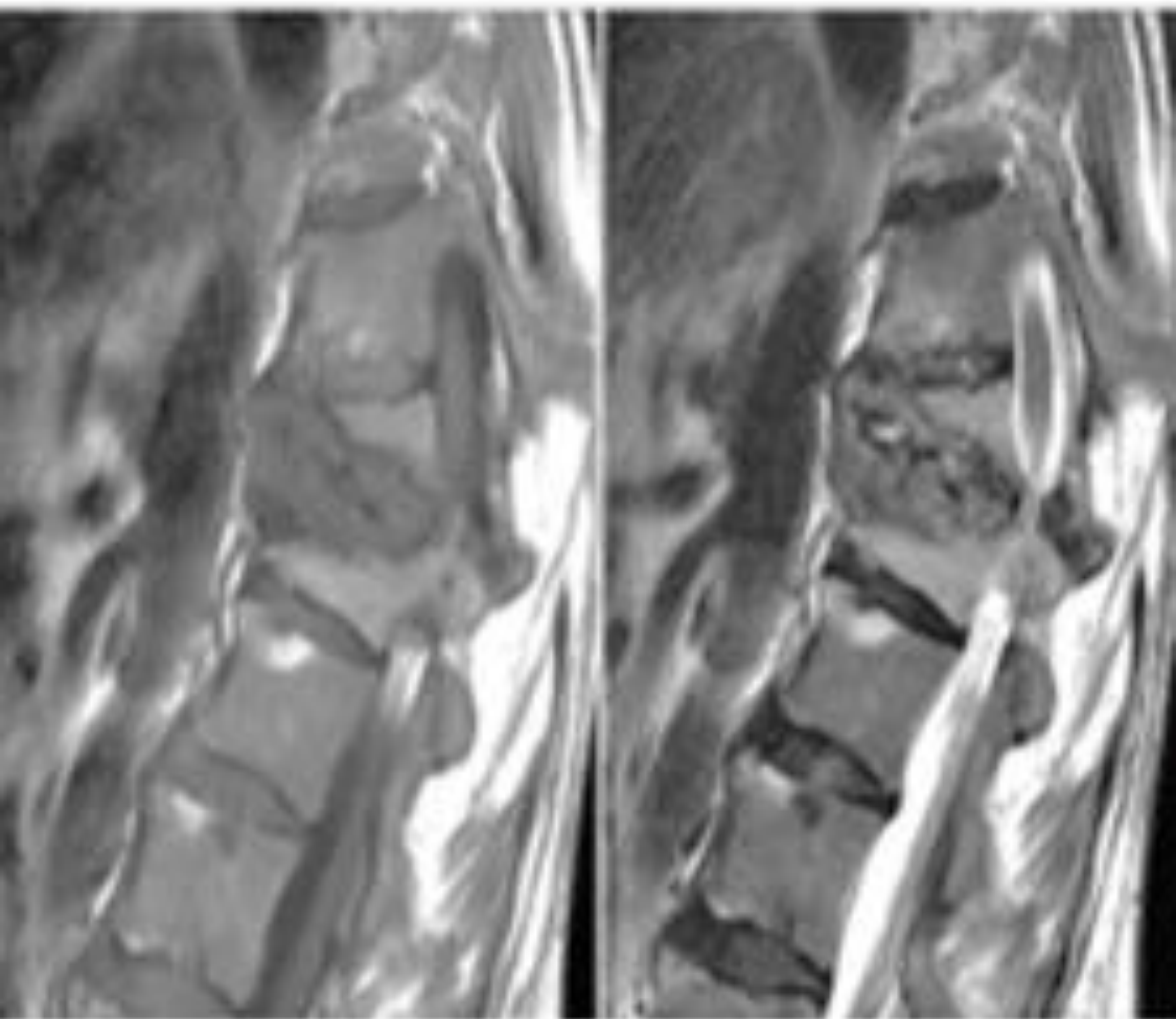
ED Crónica: Caso 5

ED de origen tuberculoso con
colección paravertebral al
diagnóstico.



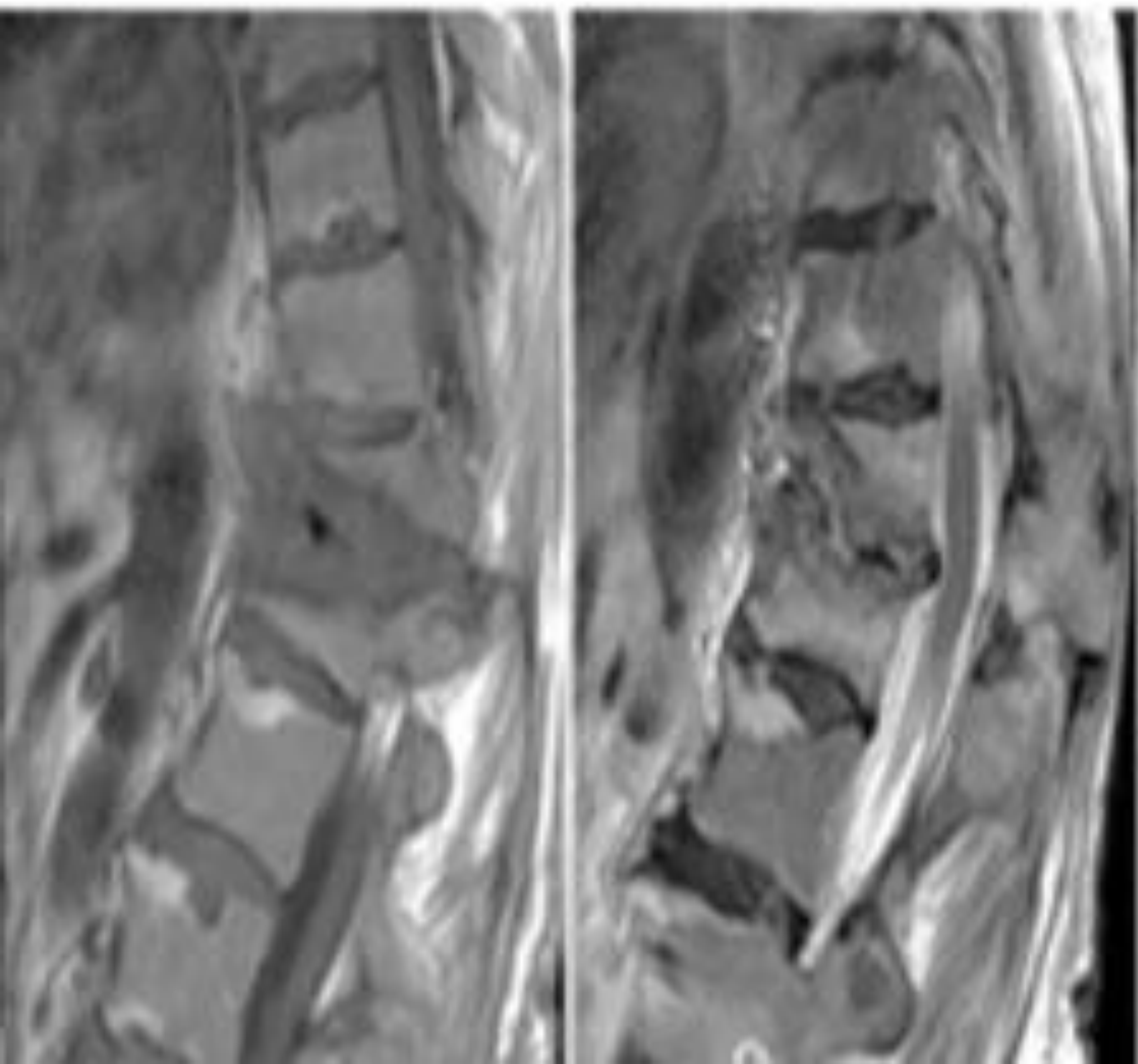
ED: Caso 5 (tras 4 meses)

Mismo paciente a los 4 meses
del diagnóstico, con cambios
irreversibles



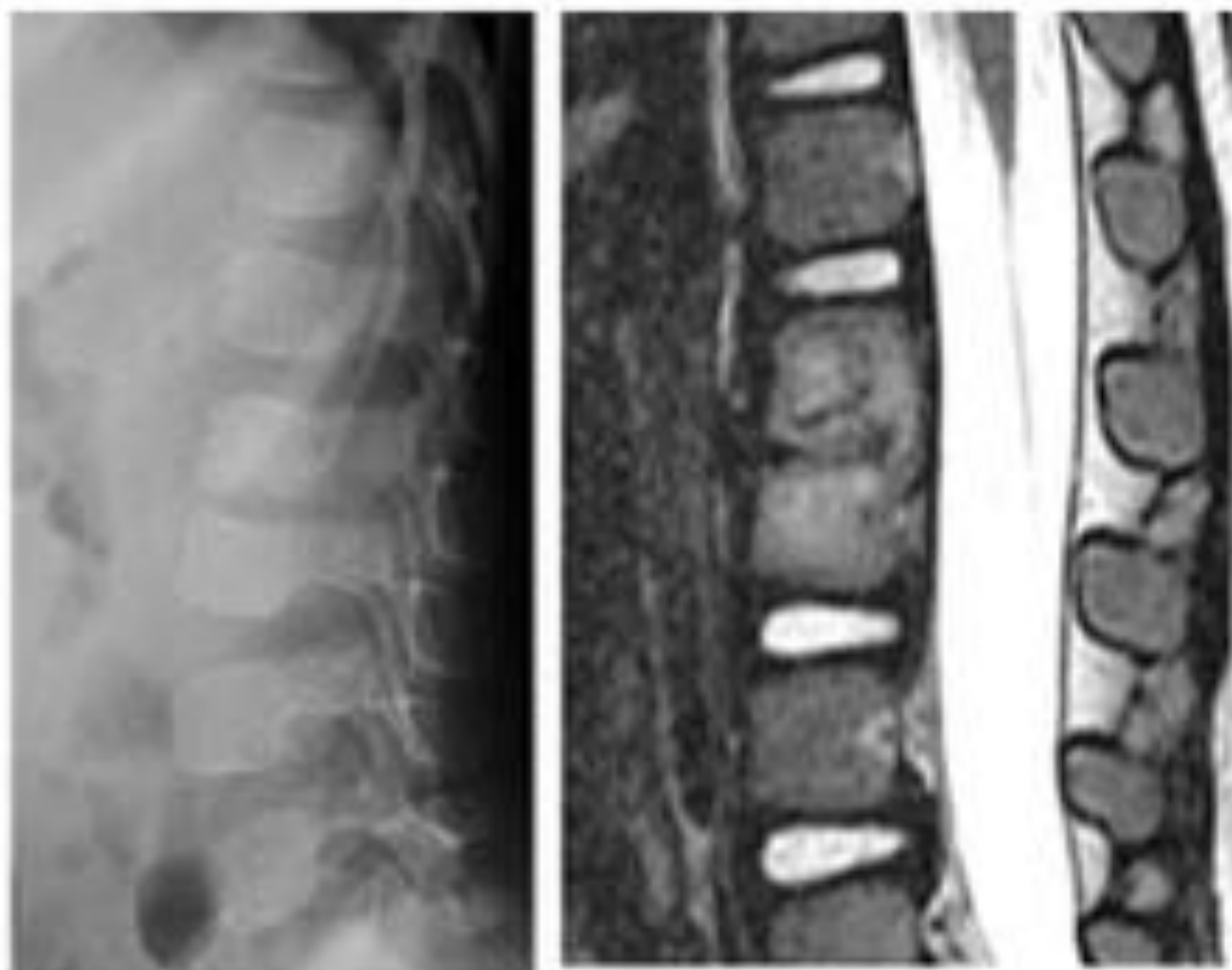
ED: Caso 5 (tras 14 meses)

Control tras 14 meses, sin
modificaciones



ED: Caso 6

ED en niño sin germen reconocible.

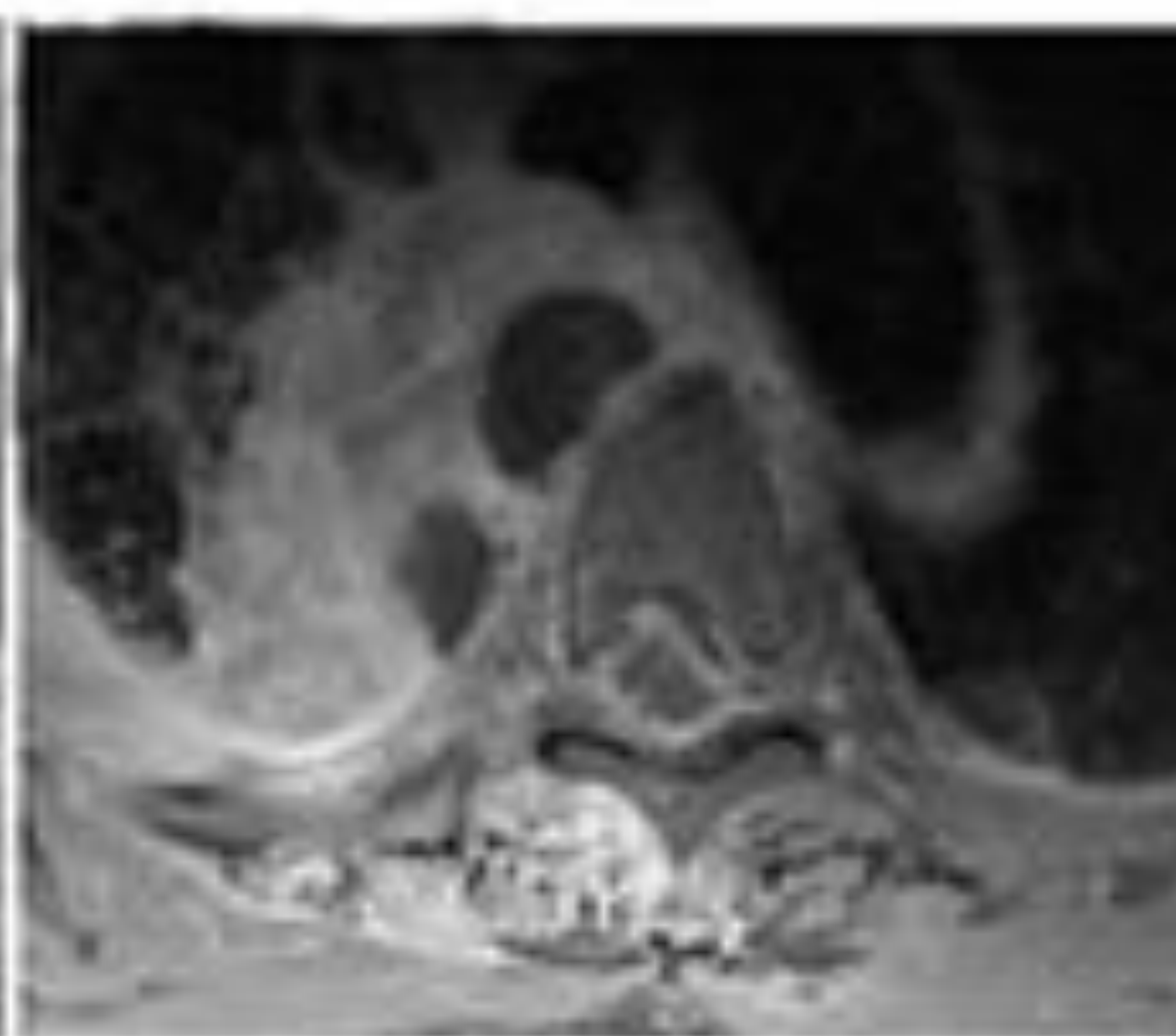
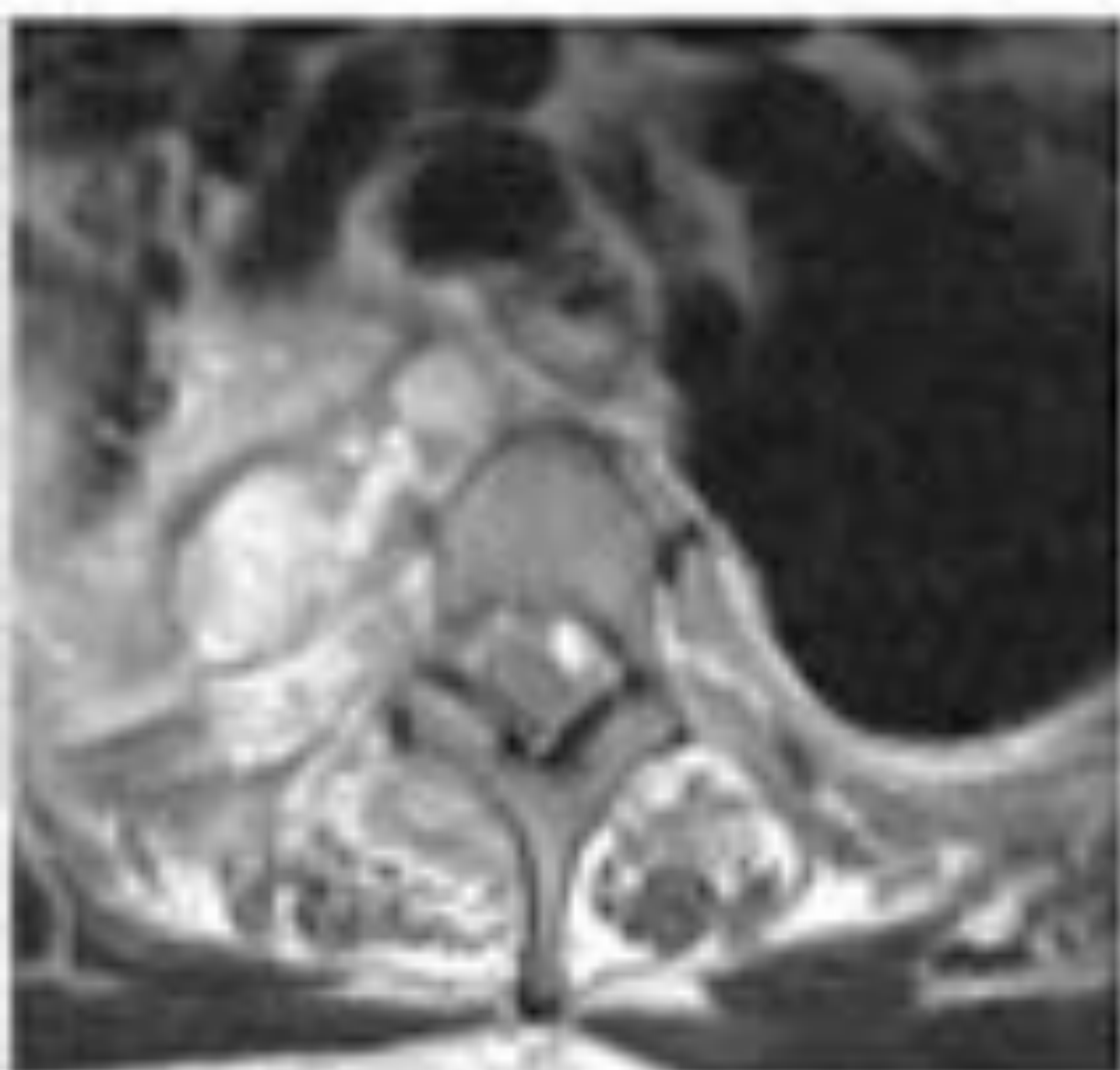


Muestra de Casos (3 de 4)

Los focos infecciosos de origen pueden provenir por contigüidad desde **tumor pulmonar (caso 7)** o a distancia secundario a **septicemia por catéter iv. (caso 8)** desde **infección de lecho quirúrgico tras intervención de descompresión medular en paciente oncológico con metástasis ósea (caso 9)** o **infección de material de artrodesis de columna lumbar (caso 10).**

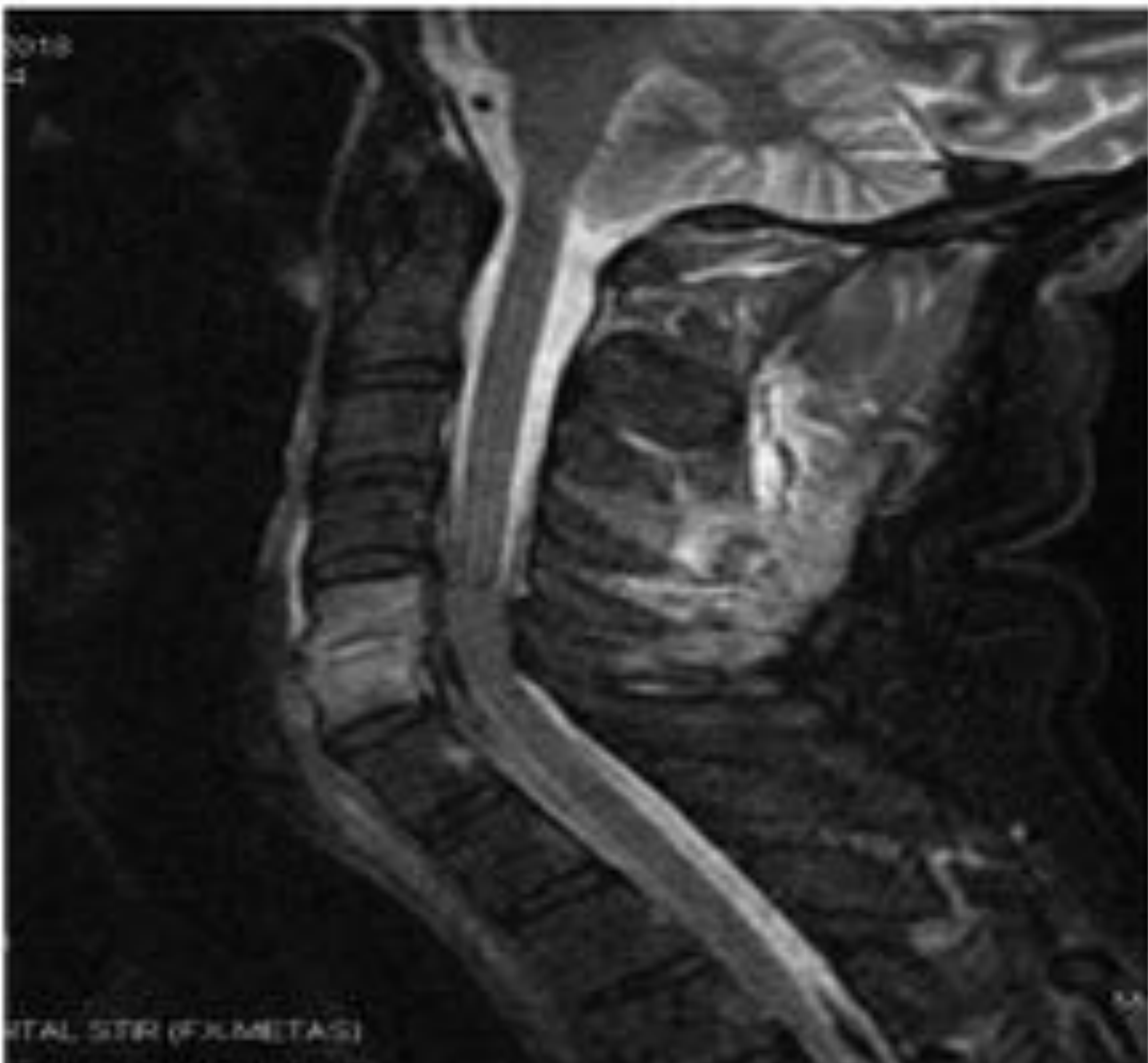
ED: Caso 7

Tumor en segmento apical pulmonar, invasión del conducto raquídeo y mielopatía



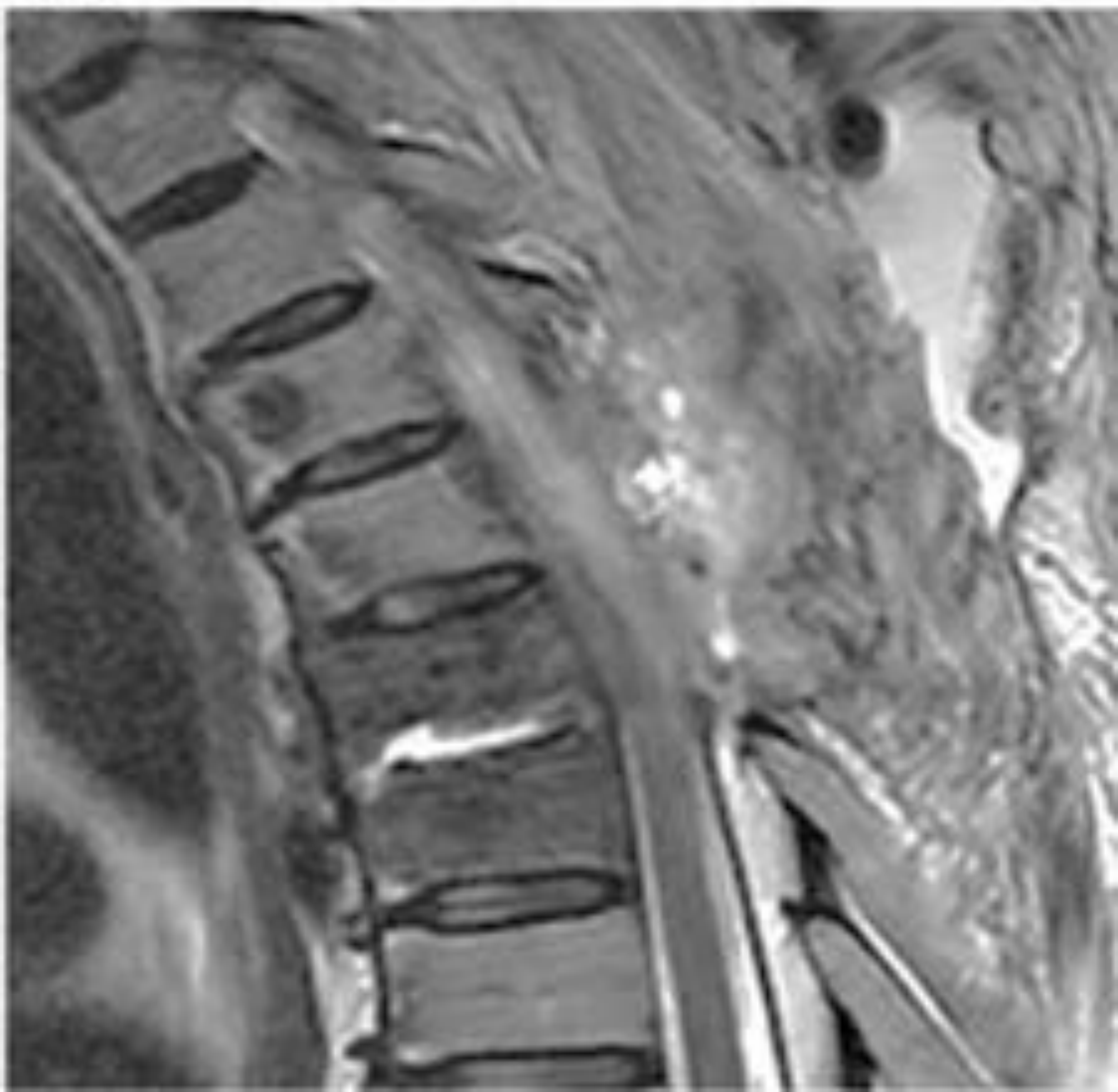
ED: Caso 8

ED a distancia secundario a
septicemia por catéter



ED: Caso 9

ED por infección de lecho quirúrgico tras intervencionismo de descompresión medular en paciente con metástasis ósea



ED: Caso 10

ED por infección de **material**
de artrodesis de columna
lumbar

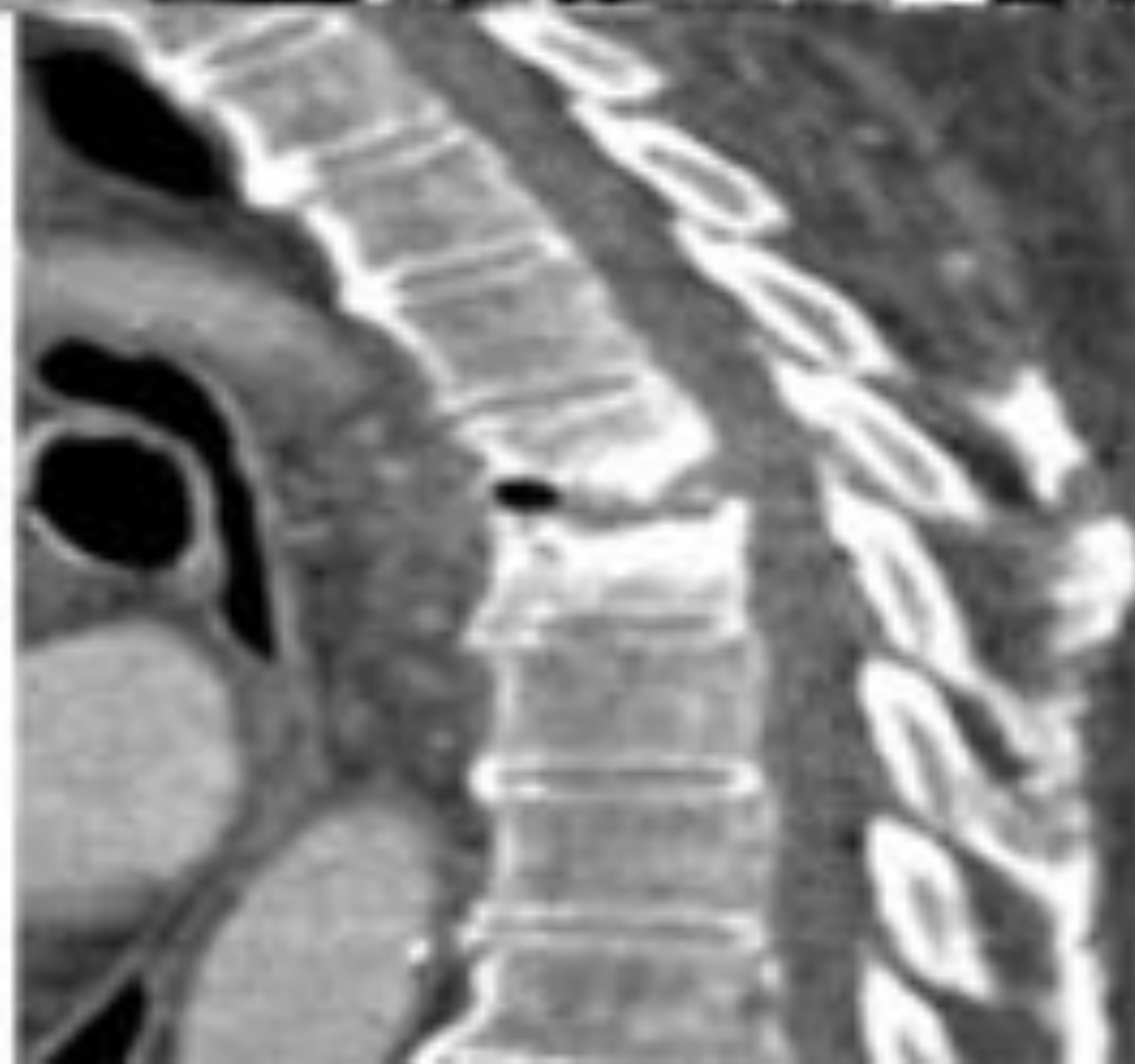


Muestra de Casos (4 de 4)

La afectación del cordón medular puede aparecer conjuntamente a la ED (**caso 11**) o ser una única identidad, como el caso de paciente con mielitis transversa incompleta de cordón medular dorsal secundaria por *S.Aureus* y tromboembolismo pulmonar (**caso 12**)

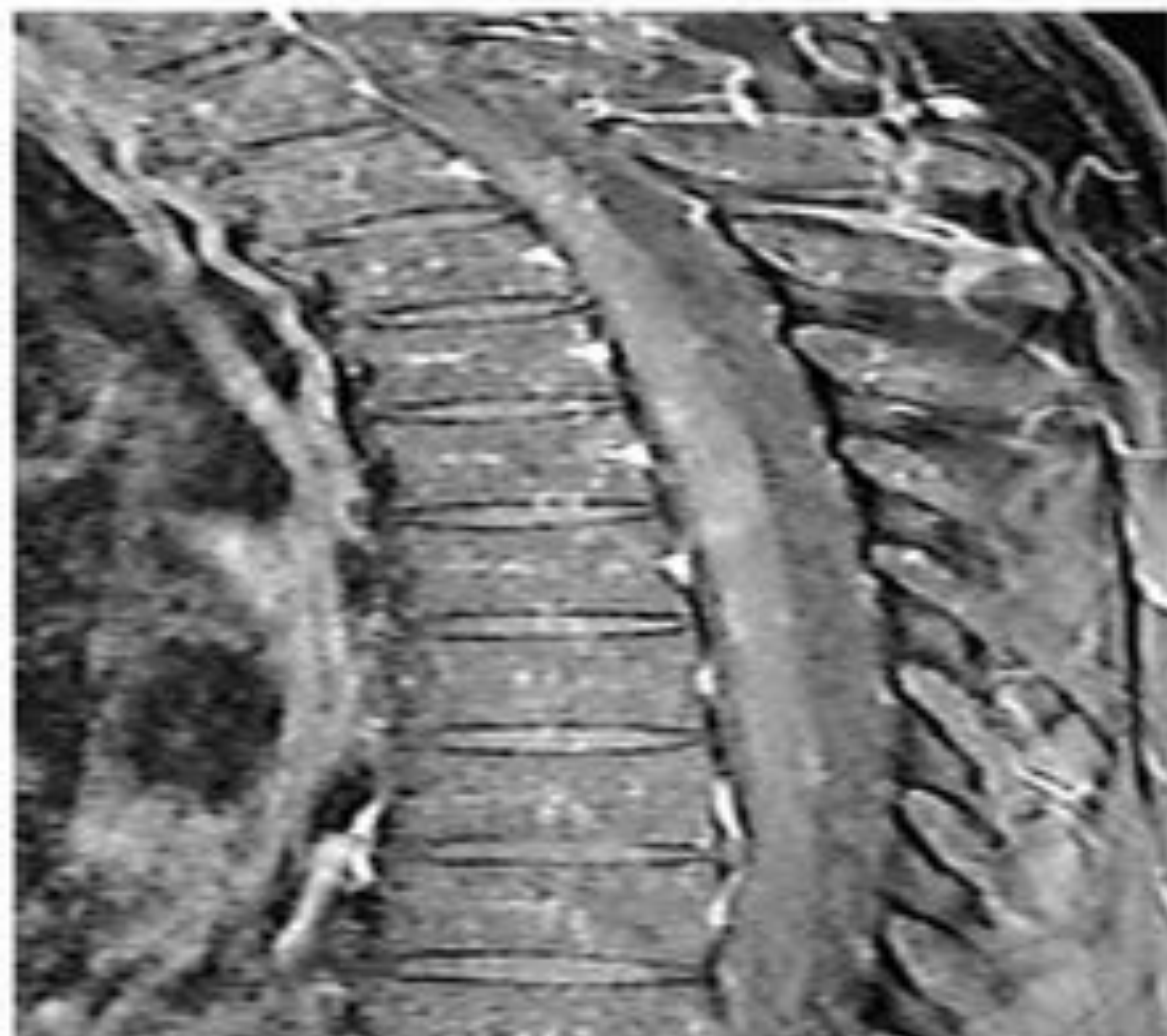
ED: Caso 11

ED con mielitis



ED: Caso 12

Paciente con mielitis
transversa incompleta de
cordón medular dorsal, sin
ED ,secundaria a septicemia
por *S.Aureus* y
tromboembolismo pulmonar



CONCLUSIONES

(1 DE 2)

- La ED es una entidad con implicaciones en el pronóstico por lo que debe ser diagnosticada sin demora, ante cuadro clínico sugestivo y con búsqueda de foco de origen, si es reconocible.

CONCLUSIONES

(2 DE 2)

- Ante pacientes con déficit neurológico de instauración aguda puede ser precisa intervención quirúrgica.
- No es útil el control radiológico sistemático tras el tratamiento por la irreversibilidad de algunos signos radiológicos.

Bibliografía

- (1) Vicente García Pintado.
Revista de enfermedades
infecciosas y microbiología
clínica. 2008,26.