

Espondilodiscitis cervical

C. MARTÍNEZ ESCUDERO, J. TINOCO GONZÁLEZ, L. CAPELLAS SANS y E. MORENO ATANASIO

Rehabilitación. Hospital General de Cataluña.

Resumen.—La discitis séptica es un proceso inflamatorio del disco intervertebral que suele extenderse a los cuerpos vertebrales afectando, en ocasiones, al espacio epidural y tejidos blandos paraespinales. Presentamos el caso de un paciente de 57 años que acudió a urgencias por presentar un cuadro de fiebre, odinofagia con dolor y limitación cervical. Se diagnosticó inicialmente de absceso retrofaríngeo, que fue tratado mediante antibióticos y, posteriormente, drenaje quirúrgico. Tras la mejoría clínica inicial, el paciente fue remitido a rehabilitación por persistir el dolor cervical irradiado a la extremidad superior izquierda. En la exploración destacaba la existencia de una movilidad cervical limitada, con dolor a la palpación de C6-C7, así como un balance muscular en bíceps y tríceps de 4/5. Ante la sospecha de una patología no mecánica se solicitó una resonancia magnética que confirmó la existencia de una espondilodiscitis C5-C6 y C6-C7. Tras descartar un proceso activo mediante analítica y gammagrafía ósea con galio, se indicó tratamiento conservador mediante collar tipo Philadelphia durante 3 meses. La evolución fue satisfactoria y a los 4 meses sólo presentaba discretas molestias a la movilización cervical.

Palabras clave: *Espondilodiscitis cervical. Diagnóstico. Tratamiento.*

CERVICAL SPONDYLODISCITIS

Summary.—Septic discitis is an inflammatory condition of the intervertebral disk that generally extends to the vertebral bodies, sometimes affecting the epidural space and paraspinal soft tissues. We present the case of a 57 year old male patient who came to the emergency service due to a picture of fever, odynophagia with pain and cervical limitation. Initially, he was diagnosed of retropharyngeal abscess that was treated with antibiotics and then with surgical drainage. After the initial clinical improvement, the patient was referred to Rehabilitation due to persistence of cervical pain that irradiated to the upper left limb. In the examination, the existence of limited cervical movement with pain on palpation of C6-C7 as well as muscular balance in biceps and triceps of

Trabajo recibido el 2-12-03. Aceptado el 16-03-04.

4-5 stood out. Due to the suspicion of a non-mechanical condition, a magnetic resonance was requested. This confirmed the existence of spondylodiscitis C5-C6 and C6-C7. After ruling out an active condition by analyses and bone scintigraphy with gallium, conservative treatment was indicated by the Philadelphia collar for three months. The evolution was satisfactory and he only presented mild discomfort to the cervical mobilization at four months.

Key words: *Cervical spondylodiscitis. Diagnosis. Treatment.*

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta inicialmente al disco intervertebral y que se extiende a los cuerpos vertebrales¹. La localización en la columna cervical es la más infrecuente siendo raras las discitis espontáneas sin factores predisponentes. La clínica predominante es el dolor vertebral localizado aunque su inicio puede ser insidioso y retrasar el diagnóstico.

Presentamos el caso clínico de un paciente afectado de espondilodiscitis cervical que fue diagnosticado al ser remitido al Servicio de Rehabilitación por presentar una cervicobraquialgia persistente tras ser tratado quirúrgicamente de un absceso retrofaríngeo.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 57 años sin antecedentes patológicos de interés, jardinería de profesión. Acude a urgencias por presentar un cuadro de odinofagia intensa con fiebre, acompañado de dolor y limitación de la movilidad cervical de 5 días de evolución.

Exploración física en urgencias: consciente y orientado. Estado general afectado. Fiebre de 40 °C. Limitación de la movilidad cervical con palpación laterocervical izquierda muy dolorosa.



Fig. 1.—Radiografía cervical de urgencias.



Fig. 2.—Resonancia magnética cervical inicial.

En el momento del ingreso se realizaron las siguientes exploraciones complementarias. Analítica: hemáties 4,41; hemoglobina: 13,3; hematocrito: 39%; leucocitos: 7.550; plaquetas: 51.000; velocidad de sedimentación globular (VSG): 40. Las pruebas de coagulación fueron normales. Radiografía cervical: signos degenerativos (fig. 1). Tomografía computarizada (TC) de partes blandas del cuello: absceso retrofaríngeo con aire en su interior, con compresión del esófago en tercio medio. Infiltración de partes blandas laterocervicales. Adenopatía mediastínica. Bullas enfisematosas apicales bilaterales.

Evolución clínica

El paciente fue valorado por el Servicio de Otorrinolaringología iniciando tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico (2 g/8 h IV) en espera de los resultados definitivos del hemocultivo que, posteriormente, confirmarían la presencia de *Streptococcus viridans* sensible a dicho antibiótico. Cuatro días después del ingreso se realizó una TC de control que mostró la progresión del absceso hacia el mediastino superior, por lo que se decidió efectuar un drenaje quirúrgico por vía faríngea. Tras la intervención quirúrgica, el pa-

ciente presentó una mejoría rápida tanto clínica como radiológica, desapareciendo la afectación mediastínica y mejorando progresivamente la afectación retrofaríngea. Ante la persistencia de febrícula, y a pesar de no haber sido aislados más microorganismos, se decidió el cambio de antibiótico iniciando tratamiento con meropenem (1 g/8 h IV) y clindamicina (600 mg/8 h IV). El paciente fue dado de alta hospitalaria 18 días después del ingreso estando apirético y con mejoría, aunque persistiendo dolor laterocervical izquierdo.

Un mes después de ser dado de alta fue remitido a consultas externas de rehabilitación por persistencia del dolor cervical irradiado a la extremidad superior izquierda. En la exploración clínica destacaba: movilidad cervical limitada y dolorosa, sobre todo en las rotaciones. Dolor a la palpación de C6-C7. Contractura del trapecio izquierdo. Balance muscular en bíceps y tríceps 4/5. Sensibilidad normal. ROT presentes y simétricos.

Dada la larga evolución de la cervicalgia y la presencia de afectación radicular en la exploración, se solicitaron las siguientes exploraciones complementarias, sin pautar ningún tratamiento rehabilitador: resonancia magnética (RM) cervical: espondilodiscitis C5-C6 y C6-C7 con compresión del espacio subaracnideo anterior desde C5 a



Fig. 3.—Resonancia magnética cervical de control previa retirada del collarín.

C7. Absceso retrofaríngeo posiblemente secundario a la espondilodiscitis (fig. 2). Electromiografía: denervación activa de las raíces C6-C7.

El paciente fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna realizándose analítica: proteína C reactiva (PCR) y VSG normal. Gammagrafía ósea con tecnecio 99m: acumulación de trazador en la fase ósea de moderada intensidad, a nivel de C5-C6 sugestivo de proceso regenerativo óseo. Gammagrafía ósea con galio: no se observan acumulaciones de trazador. Hemocultivos negativos.

Durante la semana que permaneció ingresado se realizó tratamiento con meropenem (1 g/8 h IV). Fue valorado por el Servicio de Neurocirugía y, dado que no existía proceso activo, se decidió tratamiento conservador con collar cervical tipo Philadelphia, siendo dado de alta hospitalaria.

En la RM de control se objetivó la buena evolución radiológica, con formación de un bloque vertebral entre C5-C6 (fig. 3). Se indicó la retirada del collar a los 3 meses.

El paciente fue remitido de nuevo al Servicio de Rehabilitación presentando la siguiente exploración: movilidad cervical limitada a las rotaciones e inclinaciones. Sin dolor a la palpación cervical. Sin déficit motor. ROT

presentes y simétricos. Discreta hipoestesia en territorio C6-C7.

Se indicó tratamiento cinesiterápico con ejercicios flexibilizantes e isométricos cervicales.

En el último control, 4 meses después de la primera visita en consultas externas de rehabilitación, el paciente refería sólo discretas molestias a la movilización cervical.

DISCUSIÓN

En el caso que presentamos, la sintomatología inicial era de cervicalgia irradiada a la extremidad superior izquierda, acompañada de fiebre, pero el diagnóstico de espondilodiscitis no se realizó hasta 2 meses después, cuando el paciente fue remitido a rehabilitación para realizar tratamiento, y ante la sospecha de una patología no mecánica se solicitó una RM.

Hopkinson et al² publicaron un estudio con 22 pacientes afectados de discitis, refiriendo que el 91 % presentaban dolor vertebral, con afectación radicular en el 54 % de los casos y fiebre en el 68 %. El 59 % de los pacientes eran diagnosticados de espondilodiscitis entre 2 semanas y 6 meses después del inicio de la clínica.

La localización más frecuente es la lumbar, en aproximadamente el 60 % de los casos, seguida de la dorsal en el 26-34 % y la cervical en el 10-13 %, dependiendo de los estudios publicados²⁻⁴.

El germe causal de las espondilodiscitis puede identificarse en más del 80 % de los casos²⁻⁵. El microorganismo más frecuentemente aislado es *Staphylococcus aureus*, seguido de bacilos gramnegativos. Las discitis causadas por *Streptococcus viridans*, como en el caso que presentamos, son excepcionales. Weber et al⁵, en una revisión bibliográfica sobre 1.368 pacientes, sólo encontraron 2 casos descritos de espondilodiscitis causada por este germe.

La RM es el método de elección para diagnosticar las espondilodiscitis. Es un método no invasivo y con una alta sensibilidad en el estadio inicial, incluyendo una mejor definición del espacio epidural y paravertebral^{6,7}. La radiología simple en las fases iniciales no es útil para el diagnóstico, ya que las alteraciones suelen aparecer entre 2 y 4 semanas tras el inicio de la clínica. Hopkinson et al² publicaron un estudio en el que sólo 2 de 12 casos fueron diagnosticados mediante TC. En el caso que presentamos, ni la radiografía simple ni la TC mostraron imágenes sugestivas de espondilodiscitis.

El tratamiento suele ser conservador mediante antibióticos sensibles al germe causal, y con una duración muy variable que puede prolongarse varios meses. El 10-28 % de los casos requiere tratamiento quirúrgico mediante drenaje del absceso, laminectomía descompresiva o fijación vertebral^{2-4,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kapeller P, Fazekas F, Krametter D. Pyogenic infectious spondylitis: Clinical, laboratory and MRI features. *Eur Neurol* 1997;38:94-8.
2. Hopkinson N, Stevenson J, Benjamin S. A case of ascertainment study of septic discitis: Clinical, microbiological and radiological features. *Q J Med* 2001;94:465-70.
3. Rivero MG, Salvatore AJ, De Wouters. Spontaneous infectious spondylodiscitis in adults. Analysis of 30 cases. *Medicina (B Aires)* 1999;59:143-50.
4. Friedman JA, Maher CO, Quast LM, McClelland RL, Ebersold MJ. Spontaneous disc space infection in adults. *Surg Neurol* 2002;57:81-6.
5. Weber M, Gubler J, Fahrer H, Crippa M, Kissling R, Boos N, et al. Spondylodiscitis caused by *Viridans Streptococci*: Three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol* 1999;18:417-21.
6. Maiuri F, Iaconetta G, Galichio B, Manto A, Briganti F. Spondylodiscitis: Clinical and magnetic resonance diagnosis. *Spine* 1997;22:1741-6.
7. Kuker W, Mull M, Mayfrank L, Tooper R, Thron A. Epidural spinal infection: variability of clinical and magnetic resonance imaging findings. *Spine* 1997;22:544-50.
8. Wirtz DC, Genius I, Wildberger JE, Adam G, Zilkens KW, Niethard FU. Diagnostic and therapeutic management of lumbar and thoracic spondylodiscitis. An evaluation of 59 cases. *Arch Orthop Trauma Surg* 2000; 120:245-51.

Correspondencia:

Cristina Martínez Escudero
Hospital General de Cataluña
Gomera, s/n
Sant Cugat del Vallès. España
Tel.: 93345921 - Fax: 935656057
Correo electrónico: cris_m_escudero@eresmas.com