



P-267 - OSTEOMIELITIS VERTEBRAL SACRA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA INICIAL EN FORMA DE ABSCESO GLÚTEO

H.J. Vargas Pierola, I. Larrañaga Blanc, E. Calbo Sebastián, J. Rivero Déniz, F. Carvajal, F. Simó Alari, F. Pardo Aranda y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua de Terrassa.

Resumen

Introducción: La afectación vertebral por osteomielitis varía de 2 a 7%. Su localización más frecuente es dorsolumbar (88%), y compromete la zona sacra en 1% de los casos. Los microorganismos habitualmente aislados son: *Estafilococo aureus* y *Escherichia coli*. Presentamos un caso de osteomielitis sacra, con manifestación clínica inicial de absceso glúteo. Hacemos hincapié en la localización atípica y en lo inusual de esta forma de manifestación.

Caso clínico: Varón de 37 años con antecedentes de hemorroidectomía, hábito enólico, fumador y ciatalgia crónica. Acude a urgencias presentando síndrome febril, dolor y eritema glúteo de 4 días de evolución. La exploración evidenció dolor y fluctuación isquiorrectal izquierda con flogosis. Con la orientación diagnóstica de absceso glúteo se realizaron hemocultivos y analítica urgente, que mostraron leucocitosis y elevación de la PCR. Dada la ausencia de una puerta de entrada o lesiones cutáneas que justificasen el proceso, se realizó un TC pélvico que informó de osteomielitis sacra con colección paravertebral de 3,5 cm de diámetro, con extensión a glúteo, donde es de 10 cm. Se inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-ácido clavulánico i.v. y se decidió intervención quirúrgica urgente, hallándose un gran absceso glúteo, que se cultivó y desbridó ampliamente con contraberturas y colocación de drenajes. Los cultivos fueron positivos para *estafilococo aureus*. El antibiograma mostró amplia sensibilidad y los hemocultivos, fueron negativos. La RNM de control a las 48 horas, confirmó la osteomielitis sacra con absceso residual y afectación de la grasa epidural. El foco cardio-embolígeno se descartó mediante una ecocardiografía. Durante el postoperatorio se realizaron curas locales y una vez obtenido el antibiograma se modificó la antibioticoterapia a cloxacilina i.v.; que fue mantenida 16 días. Dada la evolución favorable, se decidió el alta hospitalaria, readjustando el tratamiento a levofloxacina v.o. hasta completar 6 semanas y se continuaron con curas ambulatorias, la evolución posterior fue favorable.

Discusión: La incidencia de afectación sacra en la osteomielitis vertebral es muy infrecuente, representando el 1% de los casos. Las condiciones predisponentes son: diabetes mellitus, enolismo, fallo renal, inmunosupresión y uso de drogas parenterales. La clínica es inespecífica aunque el síntoma más frecuente es la lumbalgia (86%), la PCR es el marcador analítico más sensible. El TCes el primer estudio a realizar, ya que permitirá establecer el grado de destrucción ósea y la localización de colecciones. La RNM delimitará la afectación de tejidos blandos. Los microorganismos habitualmente implicados son: *S. aureus* y *E. coli*, aunque solo es posible establecer la etiología en 58% de los casos. La biopsia ósea será necesaria en presencia de cultivos negativos o infecciones polimicrobianas. Habitualmente la diseminación es hematogena, a partir de un foco urinario, catéteres intravenosos, aparatos respiratorio o gastrointestinal. El

tratamiento consiste en drenaje efectivo (quirúrgico o percutáneo) de las colecciones para control del foco primario y antibioticoterapia empírica precoz, ajustada según antibiograma y mantenida durante 4 a 6 semanas. La fase intravenosa inicial de 14 días puede eliminarse en casos de amplia sensibilidad y hemocultivos negativos.