



## P-138 - OSTEOMIELITIS CERVICAL Y MIELOPATÍA INCIPIENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN RELEVANTE DE DEBUT DIABÉTICO

B. Pla Peris, E. Serisuelo Meneu, M. Padilla Segura, I. Castro de la Vega, P. Abellán Galiana y Á. Merchante Alfaro

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España.

### Resumen

**Introducción:** La osteomielitis de la columna cervical representa solo entre el 3% y el 6% de todos los casos de osteomielitis vertebral, siendo generalmente el resultado de la diseminación hematógena de microorganismos. Es una enfermedad poco frecuente que puede conducir a un rápido deterioro neurológico. El principal factor de riesgo de la osteomielitis es la diabetes *mellitus*. Sin embargo, pasa fácilmente desapercibida.

**Caso clínico:** Describimos el caso de un varón de 53 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés conocidos, bebedor moderado y fumador de 1 paquete diario. Acude a urgencias en múltiples ocasiones durante un periodo de 2 meses por persistencia de cervicalgia de 50 días de evolución resistente a tratamiento analgésico, sin relación con esfuerzo ni caída. El cuadro progresa a cervicalgia irradiada a miembros superiores e inferiores, asociada a parestesias y pérdida de fuerza en miembros inferiores. A la exploración neurológica presenta síndrome cordonal posterior. Destaca boca séptica, tratada por Cirugía Maxilofacial con extracción de varias piezas dentarias. En la resonancia magnética de columna cervical se objetivan signos de osteomielitis con destrucción ósea C1-C2, gran proceso flemonoso que afecta al espacio epidural con ocupación del canal, signos de mielopatía incipiente y reacción meníngea. Se aísla en hemocultivos *Streptococcus agalactiae* y se inicia tratamiento con linezolid 600 mg/12h, clindamicina 1.200 mg/12h y gentamicina 240 mg/24h. En analítica de ingreso presenta glucemia basal de 340 mg/dl. No diabetes *mellitus* conocida. Destaca normopeso con IMC de 23,06 kg/m<sup>2</sup> y pérdida ponderal de 5% en 3 meses que el paciente atribuía al cuadro neurológico actual, sin poliuria ni polidipsia, ni otra clínica asociada. Se completa estudio con HbA1c, de 11%, péptido C 1,85 ng/dl con glucosa 255 mg/dl, compatible con debut diabético. Autoinmunidad pancreática negativa (anti-GAD65 3,37 UI/ml (N 17), antiislotes pancreáticos 4,23 U/ml (N 28) y antitirosina fosfatasa 3,73 U/ml (N 28). Se instaura tratamiento durante el ingreso con pauta de insulina bolo-basal, con normalización de glucemias. Presenta buena evolución con antibioterapia dirigida y en resonancias de control, con necesidad de portar collarín rígido.

**Discusión:** La osteomielitis vertebral supone un reto diagnóstico y terapéutico, siendo una manifestación conocida, pero poco frecuente en pacientes con diabetes *mellitus*. Es imprescindible enfatizar en su sospecha e identificación especialmente en los pacientes con diabetes *mellitus* que presentan lumbalgia o cervicalgia, e instaurar el tratamiento de manera precoz.