

Bibliografía

1. Nolla-Salas J, Almela M, Gasser I, Latorre C, Salvadó M, Coll P. Spontaneous *Listeria monocytogenes* peritonitis: A population-based study of 13 cases collected in Spain. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1507-11.
2. Laitos GD, Thanellas S, Pirounaki M, Ketikoglou I, Moulakakis A. *Listeria monocytogenes* peritonitis: Presentation, clinical features, treatment, and outcome. *Scand J Gastroenterol*. 2012;47:1129-40.
3. Jensen A, Frederiksen W, Gerner-Smidt P. Risk factors of listeriosis in Denmark 1989-1990. *Scand J Infect Dis*. 1994;26:171-8.
4. Jayasinghe S, Connor M, Donaldson S, Austin H, Foster A. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Listeria monocytogenes*: Importance of enrichment culture. *J Clin Pathol*. 2010;63:835-6.
5. Pérez Roldán F, Bañares R, Piqueras B, de Diego A, Castellote I, Casado M, et al. Peritonitis bacteriana espontánea por *Listeria monocytogenes*. *Rev Esp Enferm Dig*. 1995;87:889-92.
6. Aziz F, Penupolu S, Dodi S, Grigoriu A. *Listeria monocytogenes* common presentation of uncommon organism. *Prof Med J*. 2011;18:163-6.

F. Díaz-Fontenla*, M. Pérez-Valderas, L. Ibáñez-Samaniego, C. Pasi6n de Gracia-Fernández y V. Flores-Fernández

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañ6n, Madrid, Espa~a

* Autor para correspondencia.

Correo electr6nico: fernandodiazfontenla@gmail.com (F. Díaz-Fontenla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.02.007>

Espondilodiscitis por *Clostridium perfringens*



Spondylodiscitis due to *Clostridium perfringens*

Sr. Director:

Las espondilodiscitis por *Clostridium perfringens* (*C. perfringens*) son sumamente infrecuentes. Los microorganismos anaerobios son responsables del 3% de las espondilodiscitis no tuberculosas, siendo *Clostridium* el responsable de no más del 10% de las mismas¹.

Var6n de 65 a~os hospitalizado por fiebre, dolor lumbar y dificultad para la deambulaci6n. Entre sus antecedentes se incluía hipertensi6n arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica cr6nica estable y enfermedad renal cr6nica en hemodiálisis. En la exploraci6n física destacaba temperatura axilar de 37,8°C, presi6n arterial de 107/66 mmHg, frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto, abdomen doloroso de forma generalizada, intenso dolor a la palpaci6n de las ap6fisis espinosas lumbares

y disminuci6n de la fuerza en ambos miembros inferiores. En la analítica destacaba la presencia de leucocitos: 29.100 ml/ μ l (96,5% segmentados), urea: 192 mg/dl, creatinina: 6,7 mg/dl, lactato deshidrogenasa: 944 UI/l, proteína C reactiva: 34,6 mg/dl y procalcitonina > 10 ng/ml. La gasometría venosa detect6 una acidosis láctica (pH: 7,20; bicarbonato: 13 mmol/l; exceso de bases: -14 y ácido láctico: 135 mg/dl). La tomografía axial computarizada de abdomen y columna lumbar evidenci6 aplastamiento y desestructuraci6n de los cuerpos vertebrales lumbares 1 y 3 con numerosas burbujas aéreas en su seno junto a la presencia de un gran absceso retroperitoneal (fig. 1). Se inici6 tratamiento con vancomicina, ciprofloxacino, analgesia y fluidoterapia intravenosa. A las pocas horas empeor6 la situaci6n hemodinámica y respiratoria del paciente, y fue intervenido mediante lumbotomía izquierda, efectuándose drenaje de los abscesos. El paciente degenera rápidamente y fallece 2 días más tarde. En los cultivos tanto de sangre como de los drenajes quirúrgicos únicamente se aisl6 *C. perfringens*.

En la espondilodiscitis por *C. perfringens* se han encontrado como factores predisponentes la enfermedad diverticular del colon, la cirugía abdominal y vertebral y el

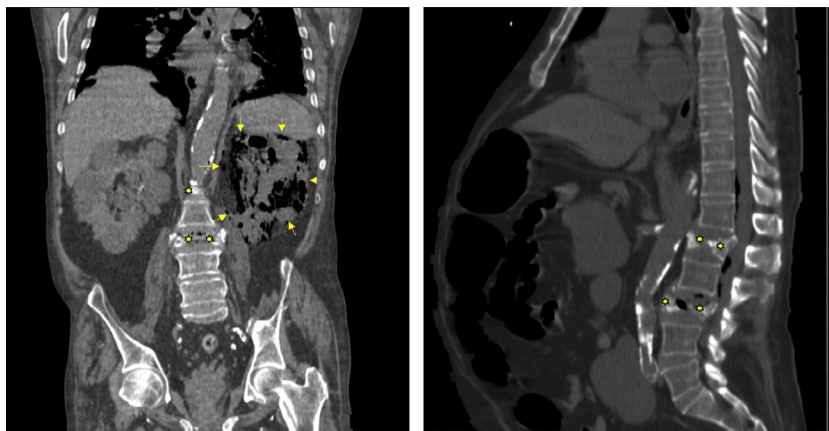


Figura 1 Cortes de tomografía axial computarizada que muestra la presencia de un absceso retroperitoneal (flechas) y de espondilodiscitis de las vértebras lumbares 1.^a y 3.^a con burbujas aéreas en su interior (estrellas).

tratamiento esteroideo¹⁻⁴. La clínica es muy inespecífica², siendo el dolor de características inflamatorias en la región vertebral afectada el síntoma más frecuente. Se puede acompañar de fiebre, afectación neurológica y, ocasionalmente, dolor abdominal^{3,5}. Entre las alteraciones analíticas destacan la leucocitosis y la elevación de los reactantes de fase aguda^{6,7}. Se debiera hacer una radiografía simple de la zona afectada; sin embargo, la técnica de elección es la resonancia magnética, ya que permite valorar la destrucción de los cuerpos vertebrales y del disco, la hipotética presencia de abscesos epidurales y la afectación de partes blandas^{2,5,6}. Por otra parte, siempre se deben extraer hemocultivos que resultan positivos en más del 75% de los casos de espondilodiscitis por *C. perfringens*¹. La mayor parte de los casos descritos en la literatura han sido tratados de forma conservadora mediante monoterapia antibiótica, siendo la penicilina el antibiótico de elección¹⁻³. La evolución clínica en estos casos fue favorable sin que el abordaje quirúrgico llegase a resultar necesario.

Bibliografía

1. Caudron A, Grados F, Boubrit Y, Couillet JM, Merrien D, Domart Y. Discitis due to *Clostridium perfringens*. Joint Bone Spine. 2008;75:232-4.
 2. Pate D, Katz A. Clostridia discitis: A case report. Arthritis Rheum. 1979;22:1039-40.
 3. Beguiristain JL, de Pablos J, LLombart R, Gómez A. Discitis due to *Clostridium perfringens*. Spine. 1986;11:170-2.
 4. Bednar DA. Postoperative *Clostridium perfringens* lumbar discitis with septicemia: Report of a case with survival. J Spinal Disord Tech. 2002;15:172-4.
 5. Saeed MU, Mariani P, Martin C, Smego Jr RA, Potti A, Tight R, et al. Anaerobic spondylodiscitis: Case series and systematic review. South Med J. 2005;98:144-8.
 6. Pintado-García V. Espondilodiscitis infecciosa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:510-7.
 7. Quintela Martínez AM, Cobelo Romero E, García Moreno A. Valoración clínico-epidemiológica de las espondilodiscitis y resultado funcional tras su tratamiento: serie de casos. Rev Col Tra. 2013;27:22-31.
- A. Santamaría Marín^{a,*}, C. Monroy Gómez^b,
I. Clemente Tomé^b y A. Pinardo Zabala^c
- ^a Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
^c Servicio de Radiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: asantamariamarin@hotmail.com
(A. Santamaría Marín).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.02.015>