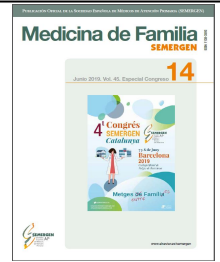




Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

421/91 - ESPONDILODISCITIS, UN RETO DIAGNÓSTICO

N. Txertudi Uriona¹, M. Garrido-Marín², M. Beà Bernaus³, M. Guzmán Martín¹, I. Bordón Quintana¹

¹Médico Interno Residente de Medicina de Familia. Centro de Atención Primaria La Florida. Barcelona. ²Estudiante de Grado de Medicina. Universitat de Barcelona. Campus de Bellvitge. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria La Florida. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Paciente de 81 años, que consulta por persistencia de dolor lumbar. Antecedentes: dislipemia, diabetes tipo II, fibrilación auricular, ictus a los 57 años sin secuelas, hiperplasia benigna de próstata. Tratamiento farmacológico: rivaroxabán, bisoprolol, tamsulosina, omeprazol, simvastatina, metformina. El 21/12/17 consulta al médico de cabecera por fiebre y síndrome miccional con tira de orina que mostró leucocitos, iniciándose ciprofloxacino, con mejoría distérmica, pero persistiendo clínica miccional por lo que se cambió el antibiótico a cefuroxima el día 25/12/17. El día 30/12/17 acude a urgencias por persistencia de síntomas, encontrándose afebril, con sedimento de orina con 3-5 leucocitos por campo y urocultivo que fue negativo, Se dio de alta de urgencias manteniéndose el mismo tratamiento con cefuroxima. Reconsulta el día 02/01/18 por lumbalgia, estando afebril. Analíticamente destacaba 17.000 leucocitos y PCR de 42. Se realizó ecografía en la que se visualizó ureterohidronefrosis grado I-II en riñón derecho, sin apreciarse obstrucción. Sedimento de orina y urocultivo negativos. Se orientó como prostatitis y se decidió ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona para pasar después a cefditoren al alta el 08/01/18, finalizando el tratamiento el 18/01/18. La lumbalgia se orientó como posiblemente secundaria a litiasis renal. Al alta persistió dolor lumbar, por lo que se solicitó resonancia magnética (RMN) que mostró imágenes compatibles con espondilodiscitis de L4-L5 con afectación inflamatoria epidural y paravertebral de predominio derecho. Se deriva a Urgencias.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, sin focalidad neurológica. PA 106/82 mmHg, 75 latidos por minuto, afebril. Tonos cardíacos arrítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Analítica: Hemoglobina 12,1 g/dl, plaquetas $172 \times 10^9/L$, leucocitos $10 \times 10^9/L$, INR 1,21, glucosa 171 mg/dl, creatinina 72 $\mu\text{mol/L}$, filtrado glomerular 82 ml/min/1,73 m², sodio 139 mg/dl, potasio 4,4 mg/dl, PCR 26 mg/dl. Sedimento de orina: 5-10 leucocitos por campo. Urocultivo positivo para Enterococo faecalis sensible a ampicilina, resistente a gentamicina y estreptomycin. Hemocultivos negativos. UroTAC: estudio sin evidencia de alteraciones significativas. Ecocardiograma transesofágico. Sin imágenes sugestivas de vegetaciones intracardíacas. RMN columna 08/02: hallazgos compatibles con espondilodiscitis.

Judici clínic/Juicio clínico: Espondilodiscitis.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Litiasis renal, lumbalgia mecánica, espondilodiscitis.

Comentari final/Comentario final: Se inició tratamiento con ampicilina y ceftriaxona. Al cabo de dos semanas se suspendió ampicilina y se mantuvo ceftriaxona, con la sospecha de que el germen inicial que

haya podido causar la infección urinaria y la posterior espondilodiscitis es una enterobacteri (*E. faecalis*) es fruto de la selección microbiológica en el contexto de tratamiento previo con cefalosporinas. El paciente evolucionó favorablemente, tanto clínica como analíticamente, permaneciendo afebril en todo momento, pudiendo iniciar rehabilitación con corsé tras cuatro semanas de reposo en cama, sin complicaciones.

Bibliografía/Bibliografía

McDonald M. Vertebral osteomyelitis and discitis in adults. UpToDate [Internet]. [revisado Mar 26, 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vertebral-osteomyelitis-and-discitis-in-adults>

De Freitas Silva EC, Ronchini Montalvão C, Bonafé S. Infectious Endocarditis from *Enterococcus faecalis* Associated with Tubular Adenoma of the Sigmoid Colon. *Case Reports in Infectious Diseases*. 2017.

Nigo M, Munita JM, Arias CA, Murray BE. What's New in the Treatment of Enterococcal Endocarditis? *Current Infectious Disease Reports*. 2014;16(10):431.

Pintado-García V. Espondilitis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26(8):510-7.