

## 347/1930 - FIEBRE Y DOLOR CERVICAL... ¿Y SI NO ES MENINGITIS?

T. Guerrero Ruiz<sup>a</sup>, M. Ferrer Frías<sup>b</sup> y M. Torres Duque<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico. SCCU Virgen de las Nieves. Granada. <sup>b</sup>Médico de Familia. El Barrio de Monachil. Granada. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años politoxicómano que acude a un servicio de urgencias hospitalarias por un cuadro de 2-3 semanas de evolución de cervicodorsalgia intensa, sin trauma ni sobreesfuerzo previo, acompañado la última semana de fiebre de hasta 39°. El paciente niega cefalea, náuseas o vómitos. Refiere sensación de hormigueo en zona dista de ambos MMII, con debilidad en MSI, de predominio en mano. Ante la sospecha de meningitis aguda, es ingresado en área de Observación de urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con afectación del estado general, febril (38,6 °C). Auscultación cardiopulmonar con soplo sistólico 2/6 polifocal. No afectación del nivel de conciencia. No alteración de pares craneales ni de lenguaje. No dismetría dedo-nariz. Hemiparesia leve de extremidades izquierdas. Importante rigidez cervical y dolor espontáneo a nivel de C6-T1, que aumenta a la palpación. Analítica: leucocitos de 19.500 con 97% PMN. PCR 249,8. Orina negativa. TC craneal sin alteraciones Rx tórax sin infiltrados ni condensaciones LCR: hematíes 7, leucocitos 85 (55% PMN, 45% M) glucosa 618, xantocromía positiva. PCR virus negativas. Gram y cultivo negativos. Hemocultivos: S. aureus SAMS RM cérvico-dorsal: Hallazgos compatibles con espondilodiscitis a nivel e C6-C7 con absceso epidural asociado. Ecocardiografía transesofágica sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Espondilodiscitis cervical C6-C7 por SAMS.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis aguda. Endocarditis aguda.

**Comentario final:** La espondilodiscitis vertebral es una infección poco frecuente que afecta a las vértebras y los espacios intervertebrales. Existen 3 mecanismos de producción: Bacteriemia desde un foco séptico distante; inoculación directa secundaria a cirugía o trauma; y contigüidad, por extensión de infecciones de vecindad. Predominan las infecciones por *Staphylococcus aureus*, y son menos frecuentes la tuberculosa o la brucelar, que continúan siendo una etiología común en nuestro país. Desde el tejido vertebral la infección puede extenderse y producir graves complicaciones, como absceso epidural o compresión medular. La clínica es inespecífica, por lo que, con frecuencia, se confunde con otros procesos como artrosis, osteoporosis y neoplasias metastásicas. Se debe sospechar en todo paciente con dolor subagudo inflamatorio, déficit neurológico focal, fiebre y elevación de RFA. Son fundamentales los antecedentes epidemiológicos sugestivos, en este caso una ADVP.

### Bibliografía

1. Pintado-García V. Espondilitis infecciosa. Enferm Infect Microbiol Clin. 2008;26:510-7.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis cervical. ADVP. Absceso epidural.