



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2210 - ¡SÓLO QUIERE ESTAR TUMBADA!

L. Rodríguez Elena^a, A. Ruata Laclaustra^b y B. Ruata Laclaustra^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^bEnfermera de Familia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ^cMédico de Familia. Hospital Juan Carlos de Móstoles. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 19 meses que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar irritabilidad desde hace 15 días y rechazo a la bipedestación y sedestación, con tendencia a estar tumbada. No cojera. No fiebre. No antecedente traumático. No dolor nocturno. No antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Fontanela cerrada. Rinitis. ACP normal. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. Otoscopia bilateral normal. Contractura paravertebral de predominio izquierdo. Impresiona de dolor a la sedestación. ROT presentes y simétricos. Radiografía lumbosacra: marcada disminución de espacio discal L2-L3. Gammagrafía ósea: aumento de actividad en cuerpos vertebrales L2-L3 con obliteración del espacio discal. Análítica sanguínea: VSG 53. Hemocultivo: *Streptococcus salivarius*.

Orientación diagnóstica: Discitis lumbar L2-L3.

Diagnóstico diferencial: Artritis, osteomielitis, sinovitis transitoria, espondilolisis, fractura discal, osteoma osteoide.

Comentario final: Se derivó a la paciente al hospital en donde recibió tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina y cefotaxima durante 10 días, sin limitación de la marcha al alta. La discitis o espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta al disco intervertebral y a la superficie de los cuerpos vertebrales, raro en niños, aunque más frecuente en menores de 6 años. Tendremos que sospecharla sobre todo cuando tiendan a tumbarse y rechacen estar de pie o sentados. La radiografía lumbar puede ser negativa hasta en las 3 primeras semanas pero la gammagrafía siempre suele estar alterada, siendo un método diagnóstico seguro. La RMN de la columna vertebral es el estudio de elección, ya que puede detectar discitis temprana y excluyen los tumores de la columna vertebral. El agente causal suele ser *S. aureus*, con tratamiento antibiótico intravenoso. El 90% de los pacientes se recuperan completamente.

Bibliografía

1. Blázquez Gamero D. Discitis o espondilodiscitis. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.
2. Fernández M. Discitis and Vertebral Osteomyelitis in Children: An 18-Year Review. *Pediatrics*. 2000;105:1299-304.
3. Lim S. Refusal to walk in an afebrile well toddler. *Postgrad Med J*. 2002;78:568-70.

4. Germain L. 11-month-old Child Refuses to sit up. *Ped Annals*. 2008,37:290-2.
5. Brown, R. Discitis in young children. *J Bone Joint Surg [Br]*. 2001;83-B(1):106-11.

Palabras clave: Discitis. Espondilodiscitis. Pediatría.