

424/2132 - CERVICALGIA SECUNDARIA A ESPONDILODISCITIS POR ENDOCARDITIS

X. Salio Kortazar¹, R. Hernando Ibáñez², R. Ayuso Blanco² y E. Aberasturi Ramírez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olaguibel. Vitoria. Álava. ²Médico Adjunto. Centro de Salud de Olaguibel. Vitoria. Álava. ³Médico de Familia. Centro de Salud Olaguibel. Vitoria. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con antecedentes de prótesis valvular mecánica por insuficiencia aórtica por aneurisma, hiperostosis osificante difusa y hernia cervical. Comienza de forma brusca con cervicalgia con irradiación a ambos hombros de dos días. Niega otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Se valora en consulta durante 4 días por mala respuesta a analgesia a pesar de opioides y realizándose radiografía cervical sin encontrar hallazgos. Debido a decaimiento general se deriva a urgencias. Analíticamente presenta fracaso renal agudo, anemia, plaquetopenia; coagulopatía, PCR 440 mg/dL; GPT 120 UI/L y BT 1,4 mg/dL a expensas de directa. Ante mal estado general y dolor de difícil control, se solicita TAC toraco-abdominal que descarta complicación de aneurisma conocida o complicación abdominal. Ante TAC normal, ingresa en planta de reumatología. Allí comienza con fiebre de 39 °C, sin otra clínica infecciosa. Se sacan hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico. Se realiza analítica con parámetros de sepsis (procalcitonina 3,79 ng/mL; lactato 1,9 mmol/L). En resonancia magnética RMN se observa espondilodiscitis, absceso epidural y miositis purulenta y los hemocultivos son positivos para *S. aureus*, por lo que se inicia tratamiento con daptomicina. Se interviene quirúrgicamente. Se confirma diagnóstico de endocarditis y se traslada al Hospital de Cruces para intervención valvular. Durante su estancia en UCI comienza con deterioro neurológico. En nueva prueba de imagen se observa un foco cerebral compatible con absceso. Se desestima tratamiento quirúrgico y finalmente fallece por múltiples focos cerebrales de origen embolígeno y/o séptico.

Orientación diagnóstica: Cervicalgia secundaria a espondilodiscitis por endocarditis.

Diagnóstico diferencial: Patología degenerativa de columna vs hernia discal cervical vs fractura/compresión vertebral vs absceso epidural vs tumor metastásico.

Comentario final: La espondilodiscitis es causa no muy frecuente de cervicalgia. Hay que sospecharla en paciente con riesgo de endocarditis o antecedentes de drogas vía parenteral, con dolor en columna, que empeora a la palpación y movimientos, asociado a mal estado general y/o fiebre. La analítica y la resonancia magnética son las pruebas para el diagnóstico.

Bibliografía

1. MacDonald M. Vertebral osteomyelitis and discitis in adults. UpToDate. [Revisado Junio 2019; Consultado Julio 2019]. Disponible en www.uptodate.com

Palabras clave: Cervicalgia. Espondilodiscitis. Endocarditis.