



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/153 - ESPONDILODISCITIS

A. Leibar Loiti<sup>a</sup>, J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>a</sup>, N. Cortina Garmendia<sup>b</sup>, B. Alonso Alfayate<sup>c</sup>, R. Herreras Martínez<sup>d</sup> y X. Piris García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino II. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino I. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud CotoLino. Cantabria. <sup>d</sup>Médico adjunta de Medicina Interna. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>e</sup>Adjunta. Servicio Urgencias Hospital de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 75 años, intervenido recientemente de válvula aórtica biológica por estenosis aórtica con leve disminución de la FEVI. Acude a su CS por dolor lumbar de características mecánicas de 8 días de evolución tras flexión brusca del tronco. Se pauta tratamiento con corticoide y aine. Tras persistencia del dolor acude a urgencias, donde tras administración de opiáceos cede el dolor. Debido a la intensidad del dolor, ingresa en medicina interna para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes habituales normales. Exploración locomotora: dolor a la palpación paravertebral lumbar bajo de predominio derecho y de la cresta ilíaca derecha. Lasègue y Bragard negativos. Analítica: leucocitosis con neutrofilia y linfopenia, plaquetopenia. Coagulación normal. Bioquímica: PCR 9,6 mg/dl, VSG 19 mm/hora. A los 5 días: PCR 15,9 mg/dl, VSG 45 mm/hora. Hemocultivos: se aísla S. epidermidis. Urocultivo: negativo. Gammagrafía ósea: área patológica de hipercaptación a nivel L4-L5 sugestiva de espondilodiscitis, de intensidad moderada-grave. Eco-transesofágico: endocarditis de la válvula aórtica biológica. RMN lumbar: múltiples pinzamientos intersomáticos lumbaros que no ponen de manifiesto desestructuración de platillos vertebrales L4-L5.

**Juicio clínico:** Espondilodiscitis por S. epidermidis secundaria a endocarditis de la válvula aórtica biológica.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia discal. Espondilitis anquilosante Metástasis vertebrales. Tuberculosis vertebral. Absceso epidural.

**Comentario final:** La espondilodiscitis infecciosa es una entidad rara cuyo diagnóstico es difícil debido a la inespecificidad de sus síntomas y la alta frecuencia del dolor de espalda en la población general. El diagnóstico etiológico es importante para prescribir tratamiento específico, por lo que los hemocultivos, serologías y el cultivo de la punción-biopsia son esenciales. La RMN permite un diagnóstico temprano y detectar el grado de afección neurológica. La VSG y la PCR son buenos marcadores evolutivos. Debido a su potencial gravedad, es importante descartar endocarditis en pacientes con cardiopatía previa, insuficiencia cardíaca, hemocultivos positivos e infecciones causadas por grampositivos. La cirugía debe reservarse para individuos con afección neurológica grave o progresiva, deformidades importantes o necesidad de desbridar abscesos de gran tamaño. En España hay que considerar como posible agente, además de las bacterias, *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella melitensis* y, en menor medida, hongos.

## Bibliografía

1. Cahill DW, Love LC, Rechtine GR. Pyogenic osteomielitis of the spine in the elderly. *J Neurosurg.* 1991;74:878-86.