

Espondilodiscitis con abscesos epidural y paravertebral por *Salmonella Typhimurium* de evolución fatal en anciano de 89 años

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la carta publicada por Llanos et al sobre su absceso epidural por *Salmonella typhimurium* (Rev Esp Reumatol 2001; 28: 177-178), y al respecto deseáramos hacer algunas observaciones. El tratamiento de una infección ósea se basa en dos principios: *a)* tratamiento médico adecuado, y *b)* inmovilización del foco séptico. En los casos en que existe un absceso importante es necesario también proceder al drenaje del mismo, ya que su "reabsorción" probablemente no se produzca. Esta necesidad de drenaje es cuestionable en el caso de que el estado general del paciente sea bueno y no haya deterioro analítico, dolor o síntomas neurológicos. Si existe un cuadro séptico, el drenaje es obligatorio, ya que como consecuencia de la septicemia el desenlace puede ser fatal. El caso publicado por Llano et al se podría haber beneficiado de un drenaje del absceso, aunque si el cuadro séptico estaba muy avanzado la evolución posiblemente no hubiera variado. El drenaje de un absceso L1-L2 se puede hacer por vía anterior (lumbotomía), o por medio de un abordaje posterolateral. La lumbotomía permite el drenaje con visión directa y una limpieza más radical. Ambas intervenciones tienen un riesgo evidente en pacientes con situación clínica deteriorada, aunque éste se debe ponderar contra un estado séptico mantenido en el tiempo. Una alternativa menos agresiva aunque probablemente menos resolutiva es la evacuación percutánea del absceso manteniendo un sistema de drenaje que puede incluir lavados durante unos días. Este procedimiento, que se efectúa generalmente con anestesia local y guiado por algún medio de imagen (TC, ecografía o intensificador de imágenes), tiene un riesgo muy bajo y un beneficio evidente en los casos en los que no se puede realizar un drenaje abierto del absceso.

A.M. Hidalgo, I. Otermin, S. García,
T. Izco y P. Lasanta

Drs. Ramos et al responden

Sr. Director: Agradecemos al Dr. Hidalgo Ovejero el interés por nuestra comunicación¹, así como sus provechosas reflexiones al respecto, algunas de las

cuales compartimos, si bien otras precisan algunas matizaciones. Efectivamente, el tratamiento de una infección ósea se basa en los principios de tratamiento antibiótico e inmovilización del foco séptico². En primer lugar, las indicaciones de intervención quirúrgica de la espondilodiscitis son: la existencia de complicaciones neurológicas, absceso epidural, compresión medular, inestabilidad de la columna o ineficacia del tratamiento médico². Nuestro caso cumplía criterios de drenaje del foco infeccioso dada la persistencia de la infección a pesar del tratamiento antibiótico prolongado. Como apunta el Dr. Hidalgo Ovejero, el desbridamiento del foco clásicamente se realizaba mediante una intervención quirúrgica, aunque en la actualidad se puede practicar el drenaje del mismo mediante un catéter guiado por técnicas de imagen. En nuestra paciente se desestimó la intervención quirúrgica por la edad avanzada, las dificultades técnicas de la intervención y la ausencia de sintomatología neurológica¹.

La segunda alternativa de drenaje es la evacuación percutánea del absceso, que se ha empleado con buenos resultados en los casos de espondilodiscitis con absceso mayor de 1-2 cm, localizados en el disco, paravertebral o en el músculo psoas³. En los casos de absceso epidural o intratecal con compresión medular, el drenaje percutáneo guiado está desaconsejado^{2,3}. Teniendo en cuenta estos hechos, nuestro paciente se podría haber beneficiado únicamente del drenaje parcial del foco infeccioso, ya que solamente se hubiera podido evacuar el absceso paravertebral y no el epidural, que no se puede evacuar con un catéter percutáneo. El drenaje incompleto del foco infeccioso en el contexto de una espondilodiscitis puede ser ineficaz, tal como recogen Harrington et al⁴. Estos autores describen un paciente con espondilodiscitis con absceso paravertebral y epidural al que se le practicó un drenaje percutáneo del absceso paravertebral con mejoría clínica momentánea, que precisó posteriormente el drenaje quirúrgico de la lesión epidural para poder controlar la infección. En nuestro caso tampoco se procedió al drenaje guiado por tomografía computarizada del absceso paravertebral, al ser éste de pequeño tamaño, por la edad avanzada del paciente y su gravedad, así como por el rechazo de sus familiares a medidas terapéuticas extraordinarias.

José M. Ramos y Rocío Llanos
Servicio de Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Bibliografía

1. Llanos R, Ramos JM, Piqueras C, Arribas JL, Herrero F. Espondilodiscitis con absceso epidural y paravertebral por *Salmonella typhimurium* de evolución fatal en anciano de 89 años. Rev Esp Reumatol 2001; 28: 177-178.
2. Khan IA, Vaccaro AR, Zlotolow DA. Management of vertebral diskitis and osteomyelitis. Orthopedics 1999; 22: 758-765.

3. Staatz G, Adam GB, Keulers P, Vorwerk D, Gunther RW. Spondylodiskitic abscesses: CT-guided percutaneous catheter drainage. Radiology 1998; 208: 363-367.
4. Harrington P, Millner PA, Veale D. Inappropriate medical management of spinal epidural abscess. Ann Rheum Dis 2001; 60: 218-222.

Documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre la osteoporosis posmenopáusica

Sr. Director: En nuestra Revista se ha publicado el Documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre la osteoporosis posmenopáusica¹. Como todo consenso, contiene muchos aspectos criticables, aun teniendo en cuenta los expertos participantes y el esfuerzo de su realización. Nuestra Sociedad debe estar abierta a las críticas, por ello expongo mi punto de vista respecto a la preventión.

En cuanto a la densitometría, se afirma que en el momento actual no está indicado el cribado densitométrico a toda la población menopáusica debido a su coste y escasa accesibilidad. Esta afirmación ignora por completo las reiteradas publicaciones de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que, basándose en las pruebas científicas disponibles, se manifiestan en contra de la densitometría de cribado, no por problemas de disponibilidad, sino por su insuficiente valor predictivo^{2,3}. Es preocupante que un documento científico de nuestra Sociedad contenga sólo un punto de vista parcial, si no sesgado. Para que no haya dudas, también afirma que no encuentra razones para negar la realización de dicha prueba a la mujer que lo solicite, lo que en la práctica supone avalar el uso generalizado de la densitometría en un cribado a demanda.

En lo referente al tratamiento se consideran indicados los fármacos antirresortivos, entre otras situaciones, en las mujeres sin fracturas con criterio densitométrico de osteopenia de la OMS, particularmente en las menores de 65 años, «individualizando cuidadosamente la decisión». Esta recomendación llama la atención. Según mis conocimientos, no hay ningún estudio que haya demostrado la eficacia antifractura de ninguna intervención en esas mujeres, ni siquiera individualizando cuidadosamente la decisión con las muy imprecisas consideraciones que se mencionan.

La osteoporosis es un tema de enorme trascendencia, muy complejo y controvertido, particularmente

en lo que respecta a la utilización preventiva de tecnologías sanitarias.

En nuestra práctica clínica es frecuente y necesario tomar decisiones de tratamiento con limitada información científica en pacientes con una enfermedad. Pero cuando se trata de decisiones preventivas en sujetos sanos por un factor de riesgo –y no otra cosa es la densitometría respecto a las fracturas osteoporóticas–, la situación es muy diferente. Como mínimo, hay que tener en cuenta el valor predictivo de la prueba de cribado, la eficacia y la seguridad de la intervención, y las consideraciones de coste efectividad desde un punto de vista de salud pública.

En el documento, la SER reconoce la ausencia de evidencias de suficiente calidad, y a pesar de ello se compromete haciendo recomendaciones intervencionistas preventivas no demostradas que suponen avalar el uso generalizado de tecnologías sanitarias tanto densitométricas como farmacológicas.

La metodología empleada quizás haya condicionado el resultado. El documento no es una revisión sistemática de la evidencia ni una guía de práctica clínica. No se realizan recomendaciones haciendo referencia expresa a la calidad de la evidencia que avala a cada una de ellas y, por tanto, la fuerza de cada recomendación. Si se hubiese llevado a cabo esta metodología, probablemente la redacción final habría sido de otra índole. En su lugar se ha realizado un consenso de expertos, que ocupan el último lugar en la gradación de la valoración de la información científica. Sorprende que en un tema de tanta envergadura y relevancia económica la SER haya optado por un consenso de expertos, otro más, cuando en nuestro plan estratégico se declara expresamente que la SER promoverá el desarrollo de guías de práctica clínica en los procesos de mayor impacto o prevalencia⁴, y así se ha abordado la artritis reumatoide.

Mi opinión es que, en la presente situación de los conocimientos y de la repercusión que está teniendo el problema en la sociedad y en la asistencia sanitaria, hubiese sido más propio de una sociedad científica un análisis completo y sistemático del problema y de la información disponible, así como una actitud prudente, más que una pronunciamiento tan criticable y de cuestionable oportunidad.

Carlos Isasi
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro.

Bibliografía

1. Documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre la osteoporosis posmenopáusica. Rev Esp Reumatol 2001; 28: 148-153.

2. Report from the British Columbia Office of Health Technology Assessment (BCOHTA). Executive summary: does evidence support the selective use of bone mineral density testing in well women? *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14: 584-586.
3. British Columbia Office Health Technology Assessment Bone mineral density testing in social context. *Intern J Technol Assess Health Care* 1999; 15: 679-685.
4. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26: 347-354.

J. Blanc y Panel de Expertos responden

Sr. Director: En contestación a la carta del Dr. Isasi quisiéramos realizar las siguientes precisiones y comentarios:

Efectivamente, el Documento no es un documento de consenso basado en la evidencia y nunca ha pretendido tal. Lo hemos realizado siguiendo la misma metodología utilizada en la redacción de otros similares de la SER, «Uso racional de COXIB»¹, entre otros. Por otra parte, la realización de un documento de consenso basado en la evidencia está al alcance de muy pocas sociedades científicas nacionales por su complejidad y coste².

Quisiéramos subrayar que el documento ha sido realizado utilizando elementos de la medicina basada en la evidencia (MBE). Se gestó a partir de unas preguntas formuladas por los coordinadores del mismo, cuestiones que fueron dirigidas a reumatólogos con experiencia en metabolismo óseo a los que se pidió que dieran respuesta a las mismas utilizando los principios de la MBE. Las respuestas fueron sometidas al escrutinio y debate de todo el panel hasta alcanzar un acuerdo. Dos ponentes nombrados al efecto redactaron las conclusiones que, a su vez, fueron debatidas y reelaboradas en el transcurso de las reuniones generales del grupo. El proceso duró aproximadamente un año hasta que se alcanzó el acuerdo general.

En cuanto a las consideraciones referentes al cribado densitométrico, estamos de acuerdo en que, en el momento actual, no está indicado dicho cribado a toda la población posmenopáusica y así se especifica en el texto. La razón que creemos de mayor relevancia para esta afirmación restrictiva es el coste y la escasa accesibilidad de la técnica. En este sentido, es importante tener en cuenta que la medida de la densidad mineral ósea en la cadera y la columna lumbar realizada con los densímetros modernos es una técnica no invasiva, precisa y rápida, que nos va a permitir mejorar nuestra capacidad de decisión en cada caso, teniendo en cuenta el conjunto de los hallazgos recogidos en la historia clínica y la opinión de la paciente tras una explicación razonada del resultado obtenido. De esta forma, podremos mejorar el valor predictivo de la

prueba y evitaremos tomar decisiones clínicas de importancia indiscutible realizando una traslación directa y exenta de crítica de los resultados de nuestro análisis de la bibliografía. Es sobradamente conocido para cualquier clínico con experiencia, y así ha sido confirmado en publicaciones relevantes^{3,4}, que, utilizando exclusivamente los factores de riesgo clásicos como criterio de selección para indicar la práctica de una densitometría ósea, quedarían sin diagnosticar un 35-45% de las pacientes con osteoporosis, y que la mejor herramienta disponible, hasta el momento, para confirmar o descartar la presencia de osteoporosis y obtener una valoración aproximada del riesgo relativo de fractura es la densitometría. Consideramos, por tanto, que el clínico no dispone de argumentos científicos suficientes para negar la práctica de una densitometría a una mujer menopáusica con temor a padecer osteoporosis.

Con respecto a las indicaciones terapéuticas, en el documento se establecen 4 para el uso de fármacos antirresortivos: la menopausia precoz, la osteoporosis establecida y la fractura por fragilidad ósea son indicaciones claras. La indicación de tratamiento en mujeres con osteopenia es más discutible y en el documento así se expresa claramente: «es preciso individualizar cuidadosamente la decisión...». Se decidió incluir esta indicación acompañada de varias matizaciones y comentarios por los siguientes motivos: la medición de la masa ósea puede predecir el riesgo de fractura⁵; el tratamiento hormonal sustitutivo (THS) y el alendronato pueden prevenir la pérdida de masa ósea en mujeres posmenopáusicas no osteoporóticas^{6,7} y probablemente disminuir el riesgo de fractura. Existen estudios^{8,9} que han confirmado recientemente esta hipótesis: el THS en mujeres posmenopáusicas no osteoporóticas reduce el número de fracturas periféricas. Con respecto a la indicación de tratamiento, la separación entre osteoporosis y osteopenia es excesivamente rígida. ¿Debe tratarse una mujer posmenopáusica con -2,6 DE en la puntuación T sin factores de riesgo? ¿Y una mujer posmenopáusica con -2,3 en la puntuación T con antecedentes familiares de osteoporosis u otros factores de riesgo? No hay duda que la consulta de una mujer con menopausia reciente y osteopenia es frecuente y plantea un problema difícil de decisión terapéutica. El médico debe enfrentarse a esta cuestión valorando globalmente a la paciente y manejando con inteligencia y sentido común los datos de la evidencia científica, en un área de la medicina en que hay muchas preguntas y pocas respuestas. El documento pretende ayudar en la toma de esta decisión, sin planteamientos rígidos, pero tampoco sin eludir el problema.

También afirma el Dr. Isasi que «la metodología empleada quizás haya condicionado el resultado» y que «hubiera sido más propio un análisis complejo

y sistemático de la evidencia disponible y una actitud prudente, más que un pronunciamiento tan criticable y de cuestionable oportunidad». Es una crítica conocida que los documentos de MBE, en general, aclaran lo ya aclarado y arrojan luz sobre lo que ya está iluminado. Queremos precisar que este documento pretende ser una reflexión fundada (pero no de forma exclusiva) en la MBE, realizada por un grupo de reumatólogos con experiencia y conocimiento en el metabolismo óseo, que trabajan en un mundo real con pacientes reales, que intenta arrojar algo de luz en las parcelas oscuras que la MBE deja.

J. Blanc y Panel de Expertos

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Instituto de Salud Carlos III y Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Uso racional de COXIB. Rev Esp Reumatol 2000; 27: 398-400.
2. Batarrija JA. Conférence de consens basada en l'evidència científica. En: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Evidència científica i pressa de decisions en Medicina. Monografia Mèdica n.º 10. Barcelona: ACMCB Eds, 1999; 235-247.
3. National Osteoporosis Foundation. The Physician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation, 2000.
4. Riggs BL, Melton LJ 3rd. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. Bone 1995; 17 (Supl 5): 505-511.
5. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. BMJ 1996; 312: 1254-1259.
6. Ravn P, Bidstrup M, Wasnich RD, Davis JW, McClung MR, Balske A et al. Alendronate and estrogen-progestin in the long-term prevention of bone loss; four-year results from the early postmenopausal intervention cohort study. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1999; 131: 935-942.
7. Hosking D, Chivers CE, Christiansen C, Ravn P, Wasnich R, Ross P et al. Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age. Early Postmenopausal Intervention Cohort Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 485-492.
8. Komulainen MH, Kroger H, Tuppurainen MT, Heikkilä AM, Alhava E, Honkanen R et al. Hormone replacement therapy and Vitamin D in prevention of non-vertebral fractures in postmenopausal women; a 5 year randomized trial. Maturitas 1998; 31: 45-54.
9. Mosekilde L, Beck-Nielsen H, Sorensen OH, Nielsen SP, Charles P, Vestergaard P et al. Hormonal replacement therapy reduces forearm fracture incidence in recent postmenopausal women -results of the Danish Osteoporosis Prevention Study. Maturitas 2000; 36: 181-193.