

CARTAS CLÍNICAS

Espondilodiscitis cervical



Cervical spondylodiscitis

Presentamos el caso de un paciente de 64 años de edad que consultó en su centro de Atención Primaria por cervicalgia.

Paciente exfumador desde hacía 7 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular paroxística, diabetes mellitus insulino dependiente, afectado de retinopatía diabética, vasculopatía diabética e isquemia crónica de las extremidades inferiores, con amputación de dedos de pie bilateral, insuficiencia renal crónica estadio 4 de ERC y bronquitis crónica. El paciente era autónomo para las actividades de la vida diaria y convivía con su mujer.

El paciente consultó a su médico de atención primaria tras diversas consultas en el servicio de urgencias por cervicalgia, que había sido orientada en todas las visitas como de origen mecánico y tratada con antiinflamatorios. El paciente negaba traumatismo previo y refería aumento progresivo del dolor pese al tratamiento, llegando a limitar todas las actividades de la vida diaria y dificultando el descanso nocturno. Igualmente, refería aparición de tirtonas sin fiebre las 8 h previas.

En la exploración física el paciente se hallaba afebril, con limitación al balance articular de columna cervical en todos los planos del espacio, presentaba dolor intenso a la palpación de apófisis espinosas de C5-6. La fuerza y la sensibilidad de las extremidades inferiores estaba conservada, objetivándose unos reflejos osteotendinosos levemente exaltados; el reflejo cutaneoplantar resultó normal.

Ante los hallazgos clínicos y la historia clínica, se decidió solicitar radiografía cervical (fig. 1), que evidenció alteración en el espacio intersomático C5-6, con platillo vertebral inferior de C5 borrado.

Con la sospecha de proceso infeccioso o fractura patológica, se remitió al paciente al servicio de Urgencias. En el servicio de Urgencias se solicitó RM urgente (fig. 2), que mostró signos de espondilodiscitis C5-6 con estenosis de canal medular. La analítica mostró leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda (PCR 63 mg/L), reagudización insuficiencia renal (creatinina 4,6 mg/dL) y los hemocultivos resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina.



Figura 1 Radiografía cervical. Proyección lateral. Alteración del espacio intersomático C5-C6 con platillo inferior de C5 borrado. Mínima anterolistesis C4-C. Rectificación de la lordosis cervical.

Se inició tratamiento con cloxacilina 2 g cada 4 h y daptomicina 700 mg cada 48 h; se procedió a inmovilización de columna cervical con collar cervical blando. Inicialmente se consideró que el origen de la infección eran las úlceras cutáneas en las extremidades inferiores pero durante el ingreso en planta se realizó ecocardiograma que evidenció lesión compatible con endocarditis infecciosa.

Tras el dolor lumbar, la cervicalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Se calcula que el 10% de la población presentará dolor cervical y en un 25% de los casos de forma crónica (> 3 meses) y/o recidivante¹.

Además, es origen de numerosas bajas laborales, estimándose que hasta entre un 11-14% de los trabajadores ven

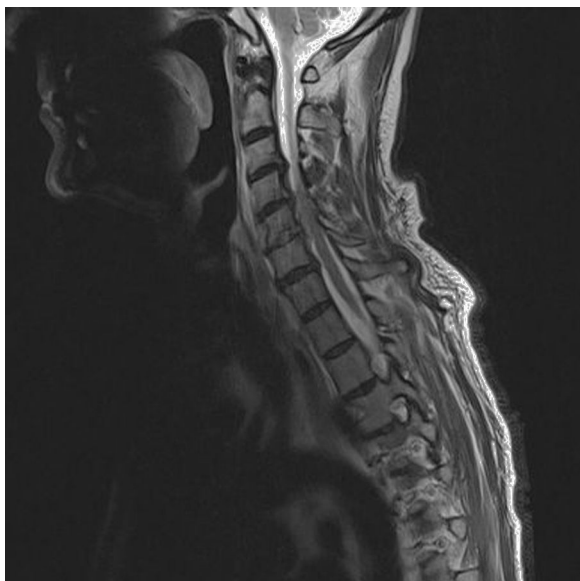


Figura 2 RM cervical. Corte sagital. Secuencia T1. Pinzamiento del espacio discal C5-C6 con hiperintensidad de la señal e irregularidad del cuerpo vertebral de C5 y C6 compatibles con espondilodiscitis. Protrusión discal posterior y ocupación del espacio epidural. Estenosis de canal C4-C5 y en C5-C6: se observa alteración de la señal indicativa de mielopatía cervical.

limitada su actividad por dolor cervical. El 1% desarrolla déficits neurológicos. La mayor parte de los dolores cervicales están causados por patología mecánica (90%), siendo frecuente la cervicalgia postraumática secundaria a un accidente de tráfico (latigazo cervical); sin embargo, en casos como el que presentamos, donde la evolución no es buena y la clínica no es la habitual, debemos considerar siempre la causa inflamatoria².

En el diagnóstico diferencial de la cervicalgia inflamatoria debemos incluir: patología reumatológica (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, polimialgia reumática), neoplásica (metástasis, mieloma múltiple, tumores primarios) u infecciosa (espondilodiscitis, mielitis, meningitis).

Ante un caso de patología inflamatoria el primer paso a realizar en atención primaria es una radiografía de columna cervical. La proyección lateral es la de mayor valor, donde se visualizan el 70% de las alteraciones detectables. Se considera una proyección lateral adecuada la que permite visualizar desde la base occipital hasta T1. En caso de hallarse alteraciones indicativas de patología, se deben valorar más pruebas de imagen.

La espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta inicialmente al disco intervertebral y que se extiende a los cuerpos vertebrales, afectando también en ocasiones los tejidos blandos circundantes. En los últimos años, la incidencia de las discitis ha aumentado debido al mayor número de pacientes inmunodeprimidos y de edad avanzada, así como formas iatrogénicas, sobre todo las prácticas anestésicas o quirúrgicas sobre la columna.

En un estudio realizado por Hopkinson et al.³ se demostró que la clínica principal se basa en el 91% de los pacientes en dolor vertebral y fiebre en el 68%, siendo diagnosticados en el 59% de los casos entre las 2 semanas y los 6 meses tras

inicio de la sintomatología. Puesto que el inicio de síntomas puede ser insidioso, es importante realizar una exploración física detallada y una buena historia clínica para llegar a un diagnóstico de sospecha.

La localización más frecuente es la lumbar (60%), seguida de la dorsal (26-34%), siendo infrecuente la cervical (10-13%). Esta se debe sospechar ante todo dolor cervical de características inflamatorias junto con una analítica indicativa de infección⁴.

El 95% de las espondilodiscitis son monomicrobianas. Predominan grampositivos (69,3%), seguidos de gramnegativos (21,5%) y hongos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos (9,2%). El germen causal en el 43,1% de los casos es el *S. aureus*, correspondiendo el 12,3% a SAMR⁵.

El diagnóstico temprano se basa en una anamnesis exhaustiva, una correcta exploración clínica y el uso de pruebas de imagen. La RM es el método radiológico de elección para el diagnóstico de esta entidad, ya que posee una alta sensibilidad. La radiología simple en las fases iniciales no suele ser útil para el diagnóstico, ya que las alteraciones aparecen entre 2 y 4 semanas tras el inicio de la clínica⁶.

El tratamiento de elección es el antibioticoterapia de amplio espectro, generalmente cloxacilina asociada a una cefalosporina de tercera generación. Cuando se aíse el agente causante, se iniciará la antibioterapia específica. Es conveniente utilizar dosis altas por vía intravenosa en las primeras 2 semanas, seguida de vía oral hasta completar 3 meses. El tratamiento antibiótico suele ir acompañado de inmovilización con collarín cervical y reposo.

El tratamiento quirúrgico se reserva para casos con mala evolución: déficit neurológico, inestabilidad hemodinámica, criterios de sepsis⁷.

El pronóstico ha mejorado mucho en las últimas décadas, pasando de más del 60% en la era preantibiótica a menos del 5% en la actualidad. Pese a la mejoría de la supervivencia, siguen existiendo síntomas residuales, tanto después del tratamiento conservador como el quirúrgico, siendo los más frecuentes el déficit neurológico residual y la hiperestesia. Los pacientes afectados de espondilodiscitis tienen una peor calidad de vida percibida en comparación con población control. Las recurrencias se han calculado entre el 0 y el 7%⁸.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 97–103.
2. Calvo J, Collantes E. Protocolo diagnóstico de la cervicalgia inflamatoria. *Medicine*. 2013;11:1949–53.
3. Hopkinson N, Stevenson J, Benjamin S. A case of ascertainment study of septic discitis: Clinical, microbiological and radiological features. *QJM*. 2001;94:465–70.
4. Barrecheguren EG, Barriga A, Barroso JL, Villas C. Espondilodiscitis cervicales. *Rev Med Univ Navarra*. 2001;45:11–8.
5. D'Agostino C, Scorzolini L, Massetti AP, Carnevalini M, D'Ettore G. A seven-year prospective study on spondylodiscitis: Epidemiological and microbiological features. *Infection*. 2010;38:102–7.
6. Martínez C, Tinoco J, Capellas L, Moreno E. Espondilodiscitis cervical. *Rehabilitación*. 2004;38:192–5.
7. Lucena J, Montes D, Abad JI. Espondilodiscitis C5-C6. *Rev Soc Andaluza Traum Ort*. 2008;26(1/2):51–6.
8. Sobottke R, Seifert H, Fätkenheuer G, Schmidt M, Goßmann A, Eysel P. Current diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105:181–7.

B. de Pablo Márquez^{a,*} y N.M. Ibáñez Aparicio^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Valldoreix, Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España*

^b *Cirugía ortopédica y Traumatología, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com (B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.01.008>

Úlcera de Lipschütz: presentación de 2 casos



Lipschütz ulcer: Presentation of 2 cases

La úlcera genital aguda o úlcera de Lipschütz es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la aparición de úlceras vulvares dolorosas en adolescentes o mujeres jóvenes. Las úlceras acostumbran a ser únicas y se resuelven espontáneamente en pocas semanas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se realiza por exclusión de otras causas de ulceraciones agudas. Presentamos 2 casos de úlcera de Lipschütz en 2 niñas prepuberales que tuvieron una buena evolución con tratamiento sintomático y en las que no se encontró la etiología.

El primer caso es el de una paciente de 10 años de edad, prepuberal y sin antecedentes patológicos de interés. No refiere antecedentes de traumatismos ni relaciones sexuales. Consulta por fiebre de 3 días de evolución y una lesión ulcerosa en el labio mayor derecho de la vulva con secreción blanquecina. No presenta adenopatías inguinales. En el cultivo del exudado de la úlcera se aísla flora sin significación clínica y el estudio analítico muestra una linfocitosis (58,9%), unas plaquetas de $711 \times 10^9/L$ y el valor de la PCR es de 9,7 mg/L. El resto del hemograma es normal, al igual que la función hepática y renal. Se determinan serologías a *Chlamydia trachomatis*, Ac. IgM citomegalovirus, Ac. heterófilos virus de Epstein-Barr (Paul-Bunnell), Ac. anti-VIH 1-2, que resultan negativas. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos. A las 48 h la evolución es favorable, siguiendo afebril y con menos dolor. Persiste la úlcera con menos secreción y se aprecia una lesión más pequeña en espejo (fig. 1). Dada la buena evolución clínica, no se inicia tratamiento con antibiótico y a los 6 días de inicio de los síntomas la paciente está asintomática y presenta una exploración normal.

El segundo caso se trata también de una niña de 10 años de edad con un desarrollo puberal en estadio 3 de Tanner. No hay antecedentes patológicos de interés ni de traumatismos ni relaciones sexuales. Consulta por fiebre alta de 39,9°C con dolor infraumbilical y disuria de 2 días de evolución. En la exploración se aprecia una úlcera vulvar con fondo esfa-

celado de 1,5 cm de diámetro en el labio mayor izquierdo a nivel del introito. Presenta también 2 úlceras satélites en el lado contralateral y no tiene adenopatías inguinales. La analítica muestra un hemograma y un valor PCR dentro de la normalidad, y las serologías, al igual que en el primer caso, fueron negativas. Inicia tratamiento con corticoide tópico y doxiciclina oral. A los 4 días de tratamiento la úlcera ha disminuido de tamaño, las lesiones satélite han desaparecido y no hay signos de infección. A los 19 días de evolución está asintomática y con una exploración normal.

La úlcera de Lipschütz, o úlcera genital aguda, es poco frecuente. Afecta típicamente a chicas adolescentes no activas sexualmente o mujeres jóvenes y puede estar precedida



Figura 1 Aspecto de la úlcera de Lipschütz a las 48 h de evolución del caso 1. La úlcera profunda y sobre un halo eritematoso ya había disminuido de tamaño.