



160/506 - ESPONDILODISCITIS L3-L4 Y ABSCESO DEL PSOAS BILATERAL

A. Blanco García^a, M.E. Guerra Hernández^a, P. López Tens^b, J.J. Parra^c y S.F. Pini^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: varón de 48 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor lumbar constante, que aumenta con los movimientos y no cede con reposo, irradiado a glúteo izquierdo con impotencia funcional, de 4 semanas de evolución, además de sensación distérmica, deterioro del estado general, anorexia y pérdida de peso de aproximadamente 5 kg. Ante presencia de síndrome general derivamos al servicio de Urgencias para valoración. Como antecedentes personales: exbebedor, HTA, DM-2, hepatopatía crónica enólica CHILD-A, tratamiento con espirolactona 100, vildagliptina + metformina 50/1000 y oxicodona + naloxona 5/2,5.

Exploración y pruebas complementarias: TA = 90/65 mmHg, FC = 95 lpm, T^a = 38,2 °C, regular estado general, palidez de piel y mucosas, caquéctico, dolor a la presión sobre apófisis espinosas y musculatura paralumbar bilateral, signo del psoas + bilateral, zona de empastamiento/fluctuación en región glútea izquierda, resto de la exploración dentro de la normalidad. Hemograma: leucocitos = 23.400 (segmentados = 78%, cayados = 1%), Hb = 9,7, VCM = 88, plaquetas = 440.000, TP = 58%, VSG = 82, PCR = 7,9. Perfil bioquímico dentro de la normalidad, marcadores tumorales negativos, elemental y sedimento de orina con piuria de incontables elementos y bacteriuria. Urocultivo: se aísla E. coli. Hemocultivos negativos. Radiografía columna lumbar = disminución espacio vertebral L3-L4. RM de columna lumbar = espondilodiscitis L3-L4 con extensión a ambos músculos psoas de 5,7 el derecho y 4 × 3,5 el izquierdo, además de absceso en músculo glúteo mayor izquierdo de 15 × 4,8. Cultivo de material de absceso glúteo negativo.

Juicio clínico: Infección urinaria por E.coli. Espondilodiscitis L3-L4 con abscesos del psoas bilateral y absceso glúteo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Tumoración o metástasis, infección, fractura, hernia discal, enfermedad medular degenerativa.

Comentario final: El paciente recibe tratamiento antibiótico con cefotaxima 2 g/8h ev durante 4 semanas y, posteriormente, con ciprofloxacino 500 mg/12h vo durante 2 semanas más. Se realizó además, drenaje de absceso glúteo. La espondilodiscitis es una infección del disco intervertebral y de los platillos vertebrales adyacentes por efecto de una diseminación hematológica o por inoculación

directa por punción o cirugía discal. Los microorganismos causales varían, con un predominio de los estafilococos (50%), pero también bacilos gramnegativos (30%) y estreptococos. La puerta de entrada suele ser iatrogénica y genitourinaria. Se observa a cualquier edad, pero sobre todo después de los 60 años y la favorecen la diabetes y la inmunosupresión. Se manifiesta por raquialgias inflamatorias y a menudo con un síndrome infeccioso atenuado. El aumento de la VSG y/o de la PCR tiene un gran valor indicativo. Cuando las radiografías no son demostrativas, debe realizarse de urgencia una resonancia magnética (RM), que es muy sensible y específica. El tratamiento antibiótico adecuado permite que la evolución sea favorable. El déficit neurológico y la deformación raquídea suelen ser la consecuencia de un retraso diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Park KH, Cho OH, Jung M, et al. Clinical characteristics and outcomes of hematogenous vertebral osteomyelitis caused by gram-negative bacteria. *J Infect.* 2014;69(1):42-50.
2. Dubost JJ, Tournadre A, Soubrier M, Ristori JM. Espondilodiscitis infecciosa no tuberculosa. *Aparato locomotor.* 2006; 9(4):1-13.
3. Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegui Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1.