



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1961 - Espondilodiscitis. A propósito de un caso

M.R. Grande Grande<sup>a</sup>, R. Navedo de la Cruz<sup>b</sup>, V. Santos Urrutia<sup>c</sup>, S. Pardo del Olmo Saiz<sup>d</sup>, A. Santos Urrutia<sup>e</sup>, M.S. Piris Santamaría<sup>f</sup>, M.Á. Ruíz Guerra<sup>g</sup>, P. Bengochea Botín<sup>g</sup>, A. Fernández Bereciartua<sup>e</sup> y F. Gómez Molleda<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rubayo. Marina de Cudeyo. <sup>b</sup>Trabajador Social. Marina de Cudeyo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Linarejos. Jaén. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alto Campoo. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño I. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 74 años de edad, hipertensa. Osteoporosis e hipovitaminosis D, tratada 3 años con zolendronato. Antecedente de mastectomía radical bilateral por carcinoma ductal infiltrante bilateral. Comienza hace unos meses con cuadro de lumbalgia de perfil mixto, se solicita gammagrafía ósea, objetivándose focos de captación intensa en hombro izquierdo, cuerpo vertebral L2 y T8 sugestivos de metástasis óseas, iniciándose tratamiento quimioterápico con capecitabina, suspendiéndose por emesis. Dado que el dolor progresivamente aumenta (EVA 7/10) es ingresada para control del dolor y estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Posición antiálgica. No déficit neurológico. No alteración de esfínteres. RMN columna lumbar: extensa alteración de señal en los cuerpos vertebrales y pedículos de L1 y L2 con significativo aumento de señal en secuencias T2 del disco intervertebral en relación con discitis. Pequeña colección absceso finada anterior en íntima dependencia con la cruda diafragmática derecha y que parece llegar a hacer contacto con el disco intervertebral. Cultivo de absceso vertebral: no se aíslan microorganismos.

**Juicio clínico:** Espondilodiscitis.

**Diagnóstico diferencial:** Metástasis óseas. Fractura vertebral.

**Comentario final:** Tras inicio de tratamiento endovenoso, y completadas 6 semanas, la paciente se mantiene afebril, estable y con dolor controlado, se decide alta y revisión posterior en consultas de Oncología e Infecciosas respectivamente. La espondilodiscitis es una infección del cuerpo y del disco intervertebral cuya fase clínica en fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor lumbar de causa menor. Es necesario un elevado grado de sospecha clínica para evitar retrasar su diagnóstico. La detección y el manejo precoces pueden evitar en gran parte la discapacidad que causa este cuadro.

## Bibliografía

1. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. J Infect. 2008;56:401-12.

2. Kourbeti IS, Tsiodras S. Spinal infections: Evolving concepts. *Curr Opin Rheumatol.* 2008;20:471-9.
3. An HS, Seldomridge JA. Spinal infections: Diagnostic tests and imaging studies. *Clin Orthop Relat Res.* 2006;444:27-33.

**Palabras clave:** *Espondilodiscitis. Metástasis óseas.*