



242/2932 - ESPONDILODISCITIS DORSAL Y LA RELEVANCIA DE SU SOSPECHA DIAGNÓSTICA

J. López Marín^a, J. López Díez^a, A. Plazas Miñarro^a, I. Martínez Ardil^a, A. Martínez Más^a y S. García Meseguer^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años de edad, fumador de 2 cigarrillos/día, hipertenso y dislipémico que acude a Urgencias y a su Médico de Atención Primaria, por dorsalgia de características mixtas y fiebre intermitente de hasta 39 °C coincidiendo con la misma de un mes de evolución. Niega clínica catarral ni otra sintomatología coincidiendo con el cuadro. No refiere esfuerzo ni traumatismo como desencadenantes. Ha recibido tratamiento analgésico sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias, las constantes vitales son normales. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral dorsal sin apofisalgia. Analítica: PCR 13,1 mg/dL. Radiografía columna dorsal: sin signos de lesiones óseas agudas. Acude a Atención Primaria 17 días después, refiriendo dorsalgia y fiebre termometrada (38,5 °C) en domicilio. Puñopercusión renal izquierda positiva. Urocultivo negativo. Se deriva a Urgencias. De nuevo en Urgencias, la palpación es dolorosa en arcos costales izquierdos bajos. Ausencia de limitación de la movilidad de la columna dorsal. PCR 8 mg/dL. Se ingresa en Reumatología, solicitándose RMN de columna vertebral que informa: espondilodiscitis en D6-D7 con absceso paravertebral izquierdo que fistuliza a parénquima pulmonar adyacente. VSG 50 mm/h. Se extraen dos hemocultivos que resultaron negativos. Serología de Brucella, Coxiella burnetti, VIH, VHB, VHC: negativas. Mantoux: positivo. Punción y cultivo de la lesión perivertebral: crecimiento S. coagulasa negativo (probable contaminación), tinción auramina y BAAR: negativa.

Juicio clínico: Espondilodiscitis D6-D7 con absceso paravertebral izquierdo de etiología microbiológica no filiada. Tratada con vancomicina, cloxacilina, ceftazidima y ceftriaxona intravenosas, posteriormente rifampicina y levofloxacino orales. El paciente actualmente está sin dolor dorsal ni fiebre.

Diagnóstico diferencial: Hernia discal, fractura vertebral, enfermedad degenerativa/metastásica de la columna vertebral, espondilitis anquilosante, artritis reactiva, brucelosis, tuberculosis, VIH.

Comentario final: La espondilodiscitis es una infección de cuerpo y disco vertebral cuya detección y tratamiento precoz pueden evitar patologías futuras de relevancia, como una mielopatía compresiva. Para sospechar su diagnóstico, es importante realizar una exploración física detallada y pruebas complementarias que permitan acotar el diagnóstico diferencial y así evitar un diagnóstico tardío que aumente la comorbilidad del cuadro y los costes asociados.

Bibliografía

1. Capa-Grasa A, Flores-Torres I, Gozalo-Arribas D. Espondilodiscitis lumbar: clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. SEMERGEN. 2010;44(1):82-5.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Dorsalgia.