



242/2348 - ESPONDILODISCITIS CERVICAL

M. Ezquerro García^a, F. Martín González^a, B. Pérez Ubago^b y R. Titos Herrera^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Murillo de Río Leza. La Rioja. ^bMédico de Familia. Consultorio de Salud Ventas Blancas. La Rioja. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 29 años, deportista de alta competición, con antecedentes de meniscectomía rodilla izquierda, exfumador desde hace 4 años. Acude a consulta por presencia de cervicalgia de comienzo insidioso que correlaciona a actividad física, no irradiada, refiriendo astenia y disminución de capacidad funcional de 1 mes de evolución. Tras 20 días sin mejoría clínica con tratamiento pautado (diclofenaco, metamizol, diazepam y reposo relativo), analítica sin alteraciones significativas, se realiza RMN con imagen de masa epidural y microabsceso. Se decide traslado a centro de referencia. No encontrándose origen de la infección, se desestima punción-biopsia por alto riesgo. Se realiza discectomía, artrodesis anterior y tratamiento con levofloxacino 750/24h y rifampicina 600/24h e inmovilización con collarín blando. Tras completar tratamiento se da alta sin quedar clínica residual.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta contractura muscular cervical que limita movilidad lateral, flexo-extensión conservada, sin focalidad neurológica, MMSS fuerza y sensibilidad sin alteraciones, ROT simétricos, afebril. Analítica sangre: leucocitos 8.700 (71,4% Neut, 20% Linf), PCR 17 mg/L, procalcitonina 0,09 ng/ml, resto de bioquímica sin alteraciones. RM contraste: edema en cuerpos vertebrales C3-C4, con lesión ocupante de espacio en canal raquídeo sin signos de mielopatía.

Juicio clínico: Espondilodiscitis C3-C4.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos (osteomielitis, abscesos epidurales, TBC, brucelosis), traumatológicos (fracturas y hernias discales, espondilitis anquilosante), espondilolistesis, tumorales (osteoblastoma, metástasis).

Comentario final: Se trata de una infección del cuerpo y disco vertebral que puede extenderse a áreas contiguas cuya clínica en fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor del raquis de causa menor. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar una evolución tórpida (dolor crónico, inestabilidad, neuropatía/mielopatía compresiva, disminución de la movilidad, etc.). Se basa en una correcta anamnesis y exploración física complementadas con pruebas de imagen y laboratorio. Aunque la localización cervical es poco frecuente, debe sospecharse ante todo caso de dolor cervical de características inflamatorias y con alteraciones analíticas compatibles con infección. No obstante, tanto la analítica como la radiografía simple pueden ser negativas inicialmente como nuestro caso clínico, siendo la resonancia magnética la prueba más sensible y

específica.

Bibliografía

1. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. *J infect.* 2008;56(6):401-12.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Discitis piógena. Cervicalgia.