Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2467

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/4139 - ESPONDILODISCITIS POR FRACTURA OSTEOPORÓTICA

P. Valle de Frutos e I. Rodríguez Martín

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años que, en contexto de pauta descendente corticosteroidea como tratamiento a una neumotoxicidad por amiodarona, presenta lumbalgia de características inflamatorias de 6 semanas de evolución, sin traumatismo previo, ni fiebre, ni síndrome tóxico acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Facies cushinoide sin lesiones cutáneas ni vasculíticas. Auscultación cardiaca: arrítmica a 110 lpm, no soplos ni roces. Auscultación respiratoria y exploración abdominal y neurológica sin alteraciones. Espinosas lumbares no dolorosas a la presión ni a la espinopercusión; musculatura paravertebral izquierda levemente dolorosa, foseta sacroilíaca izquierda dolorosa; Lasègue y Bragard negativos. Maniobra sacroilíaca bilateral dolorosa, Fabere negativo bilateral. Trofismo neurovascular distal conservado. Analítica: neutrofilia (86,5%) sin leucocitosis, VSG 1ª hora 33 mm. Rx columna lumbar AP y lateral: espondilolistesis con anteropulsión de L2, alteración del espacio intervertebral L1-L2, aumento de densidad en plataforma inferior de L1.

Orientación diagnóstica: Espondilodiscitis aséptica por fractura osteoporótica.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgias mecánicas. Patologías compresivas del canal espinal. Espondilodiscitis: infecciosa, no infecciosa, inflamatoria (discitis aséptica). Fractura osteoporótica.

Comentario final: No todas las discitis son infecciosas y con nuestra actuación debemos ayudar a obtener un diagnóstico etiológico. Con la anamnesis podemos distinguir que el tipo de dolor es inflamatorio. Son importantes los antecedentes y tratamientos, especialmente si provocan inmunosupresión, así como las características biosociales (en nuestro caso contribuyen a la aparición de osteoporosis). Por nuestra parte, ante la ausencia de clínica infecciosa el origen puede ser inflamatorio, evitando así meses de tratamiento antibiótico innecesario. A partir de este punto el resto de la investigación debe ser hospitalaria, con biopsias, cultivos (todos ellos negativos) y pruebas de imagen, del que cabe destacar el signo del vacuum en la TC. Se trata de un signo radiológico de disminución de la densidad por encima del disco intervertebral, inespecífico pero típico de osteocondrosis.

Bibliografía

1. Goulíouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. J

Antimicrob Chemother. 2010;65(Suppl 3):iii11-24.
2. Kwon JW, Hyun SJ, Han SH, Kim KJ, Jahng TA. Pyogenic Vertebral Osteomyelitis: Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. Korean J Spine. 2017;14(2):27-34.

Palabras clave: Discitis. Aséptica.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.