



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Dolor cervical y fiebre: un microorganismo inesperado

Cervical pain and fever: An unexpected microorganism



Jesús Alonso-Carrillo^{a,*}, Amaya Hilario^b, Adrián López-Alba^a y Antonio Lalueza^{a,c,d}

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^d Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España

Descripción del caso

Mujer de 49 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, ex usuaria de drogas por vía parenteral, infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) estadio A2 de los CDC con adecuado control inmunoviroológico y carga viral indetectable, infección tratada por virus de hepatitis C en estadio cirrótico con hipertensión portal y varices esofágicas, y esplenectomía tras traumatismo con vacunación posterior de neumococo. Dos meses antes del ingreso actual, la paciente presentó sepsis neumocócica con afectación articular en hombro y cadera, por lo que recibió 3 semanas de meropenem (1 g cada 8 horas) y posteriormente 4 semanas de amoxicilina oral (1 g cada 8 horas); se descartaron otros focos mediante ecocardiografía transtorácica y tomografía axial computarizada (TAC).

La paciente acude a urgencias por cervicalgia de tres días de evolución con parestesias en miembros superiores y escalofríos, objetivando en la exploración física fiebre de 38,7°C y dolor a la palpación paravertebral cervical bilateral sin alteraciones neurológicas asociadas. En los análisis de sangre destaca proteína C reactiva de 17 mg/dl, 18.000 leucocitos/microlitro y elevación de la velocidad de sedimentación hasta 120 mm. Se inició tratamiento con meropenem 1 g cada 8 horas por vía intravenosa previa extracción de cultivos de sangre y orina.

Evolución

La radiografía cervical lateral (fig. 1) mostró pérdida de altura entre los espacios C4-C5 y la tomografía axial computarizada objetivó irregularidad de los platillos de C4 y C6 así como aumento de partes blandas que obliteraba el espacio epidural anterior. Se completó el estudio con resonancia magnética cervical (fig. 2), que objetivó espondilodiscitis C4-C6 con dos abscesos epidurales anteriores asociados.



Figura 1. Radiografía lateral cervical. Se objetiva pérdida de altura entre los espacios C4 y C5.

A las 24 horas se identificaron cocos grampositivos en cadenas identificados posteriormente como *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilinas y cefalosporinas, por lo que se optimizó la antibioterapia a ceftriaxona intravenosa 2 g cada 24 horas. El ecocardiograma transtorácico descartó presencia de imágenes sugestivas de endocarditis infecciosa. Dada la ausencia de clínica neurológica, no se consideró tratamiento quirúrgico, optándose por mantener antibioterapia durante 6 semanas. La paciente presentó resolución clínica y radiológica, sin recidiva posterior en el seguimiento realizado a dos años.

Discusión

Streptococcus pneumoniae es un microorganismo frecuentemente implicado en infecciones de vía aérea superior, inferior y otorrinolaringológicas. En algunos casos puede cursar como

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusalonsocarrillo@gmail.com (J. Alonso-Carrillo).

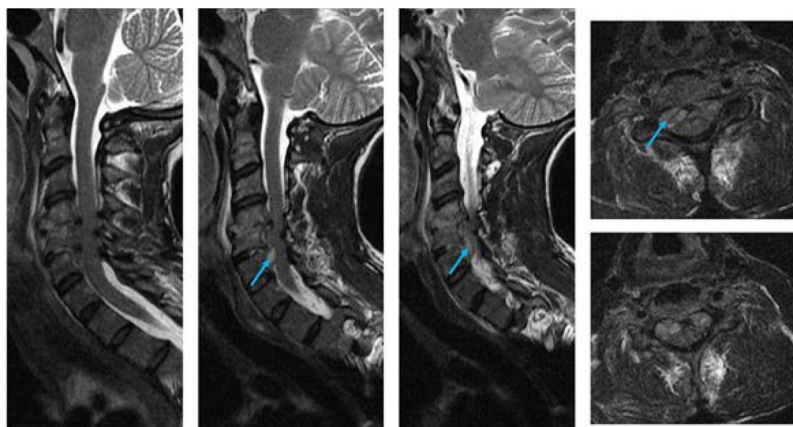


Figura 2. Resonancia magnética cervical: cortes coronales y transversales. Se objetiva espondilodiscitis C4-C5 y absceso epidural entre C4 y C6 (flecha).

enfermedad neumocócica invasiva (ENI), entidad definida como el aislamiento del *S. pneumoniae* en tejidos o fluidos estériles. Los factores de riesgo de ENI son: sexo varón, edad inferior a 2 años o superior a 65 años, patología crónica (cardiovascular, hepática, renal o pulmonar), diabetes mellitus o inmunosupresión¹. La paciente que se describe presentaba anesplenía, cirrosis, infección por VIH y diabetes mellitus.

La espondilodiscitis es la infección del cuerpo vertebral y/o de los cuerpos adyacentes y su patogenia se basa en la presencia de un foco hematógeno a distancia como primera posibilidad, aunque otras etiologías conocidas son la inoculación directa o por contigüidad desde tejidos adyacentes. La localización más frecuente es lumbar (58%), seguida de torácica (30%) y cervical (11%)².

En nuestro caso, en el ingreso previo se hizo un estudio de extensión buscando otros focos metastásicos infecciosos mediante ecocardiograma y TAC abdominal, por lo que no se puede descartar completamente que no hubiese un foco cervical incipiente previo asintomático que se manifestase más tardíamente. En este sentido, un estudio de extensión más amplio podría ser de utilidad en casos tan complejos con afectación metastásica a diferentes niveles para optimizar el manejo terapéutico.

El microorganismo que con más frecuencia se aísla en espondilodiscitis es *Staphylococcus aureus* (50%), seguido de los bacilos gramnegativos y los estafilococos coagulasa negativos³. En cambio, *S. pneumoniae* es una etiología excepcional de espondilodiscitis, muy poco descrita en la literatura, siendo la afectación lumbar la localización más habitual. Tan solo el 10-30% son cervicales, lo que hace más extraordinario el caso aquí descrito³.

La clínica más frecuente de la espondilodiscitis es el dolor lumbar, dorsal o cervical acompañado de fiebre y, en ocasiones, de alteraciones sensitivas o motoras, especialmente en caso de abscesos asociados. Para localizar y caracterizar dichos abscesos, la resonancia magnética es el *gold standard*³.

El diagnóstico de espondilodiscitis se debe completar con ecocardiografía transtorácica que descarte endocarditis y cultivos de sangre y/o de la lesión para poder establecer el agente causal y así optimizar el tratamiento antibiótico¹.

El inicio de antibioterapia de forma empírica vendrá determinado por la presencia de sepsis, clínica neurológica o factores de inmunosupresión, como sucedió en nuestro caso. El tratamiento deberá mantenerse entre 6 y 8 semanas a tenor de la evolución del paciente, y en caso de empeoramiento clínico pese a la antibioterapia, deberá valorarse el tratamiento quirúrgico².

En el caso presentado se decidió optar por una pauta intravenosa durante 6 semanas para asegurar el cumplimiento terapéutico ante la duda de falta de adherencia a la pauta oral de antibioterapia y la persistencia de cultivos positivos para *S. pneumoniae*. Tras el tratamiento la paciente fue seguida dos años sin evidencia de recidiva de la infección por *S. pneumoniae*.

En conclusión, debe recordarse que, aunque de manera excepcional, la espondilodiscitis infecciosa puede afectar al segmento cervical, siendo imprescindible un exhaustivo estudio microbiológico para poder identificar etiologías muy poco probables como *S. pneumoniae* y así optimizar el tratamiento antibiótico más adecuado.

Bibliografía

1. Drijkoningen JJ, Rohde GG. Pneumococcal infection in adults: Burden of disease. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20 Suppl 5:45–51. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-0691.12461>. PMID: 24313448.
2. Gentile L, Benazzo F, de Rosa F, Boriani S, Dallagiocoma G, Franceschetti G, et al. A systematic review: Characteristics, complications and treatment of spondylodiscitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019;23 2 Suppl:117–28. <http://dx.doi.org/10.26355/eurrev.201904.17481>. PMID: 30977878.
3. Shousha M, Heyde C, Boehm H. Cervical spondylodiscitis: Change in clinical picture and operative management during the last two decades. A series of 50 patients and review of literature. *Eur Spine J.* 2015;24:571–6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-014-3672-5>. PMID: 25432097.