

Casos Clínicos

Espondilodiscitis lumbar

Dra. Beatriz Pi

Corregido por Dra. Prieto

Marzo 2013



Historia Clínica

- Sexo Masculino, 25 años.
- Procedente de Montevideo. Desocupado.
- AP:
 - Usuario de drogas inhaladas.
 - Tabaquista intenso.
 - Herida de arma blanca en región lumbar hace 2 meses.
 - Ex Persona Privada de Libertad (hace 1 año).
 - Contacto con *M. tuberculosis*.
 - No internaciones previas.
 - No otras comorbilidades.



Historia Clínica

- FI: 03/03/2013.
- MC : Dolor lumbar.
- EA: Cuadro de más de un mes de evolución dado por dolor lumbar con irradiación a MMII, que lo despierta en la noche y que aumenta con los movimientos, no calma completamente con AINE. No otros síntomas neurológicos.
- Concomitantemente adelgazamiento. Sensación febril, no constata fiebre.
- Agrega 1 semana previa a la consulta tos con expectoración mucopurulenta. No disnea, no dolor torácico.
- TU y TD normales.



Historia Clínica

- Exámen físico al ingreso:

Regular estado general, adelgazado, bien hidratado y perfundido, normocoloreado.

CV :RR 80 cpm, no soplos.

PP :MAV presente bilateral. Gemidos y sibilancias difusas.

ABD: Cicatriz en flanco izquierdo de herida de arma blanca, resto normal.

FFLL: libres e indoloras.

OA: Dolor a la palpación de resaltos óseos de espinas ilíacas.

SNM: sin alteraciones a destacar. El movimiento de MMII despierta dolor intenso. No dolor a la palpación de masas musculares.



En suma:

- 25 años.
- Ex Persona Privada de Libertad.
- Cuadro subagudo de dolor lumbar con características de organicidad.
- Síndrome toxi-infeccioso.
- Cuadro respiratorio agudo.



Planteos

- Espondilodiscitis infecciosa.
- Compromiso pulmonar: TEP séptico?
Infección respiratoria baja. NAC?

→ Etiología espondilodiscitis:

S.aureus → a favor → por frecuencia

AP: herida de arma blanca en zona adyacente

M. tuberculosis → argumentos a favor → Ex persona privada de libertad
Contacto con tuberculosis

→ Etiología Neumopatía

- MO inespecíficos
- Mycobacterium tuberculosis*
- Viral (más alejado)



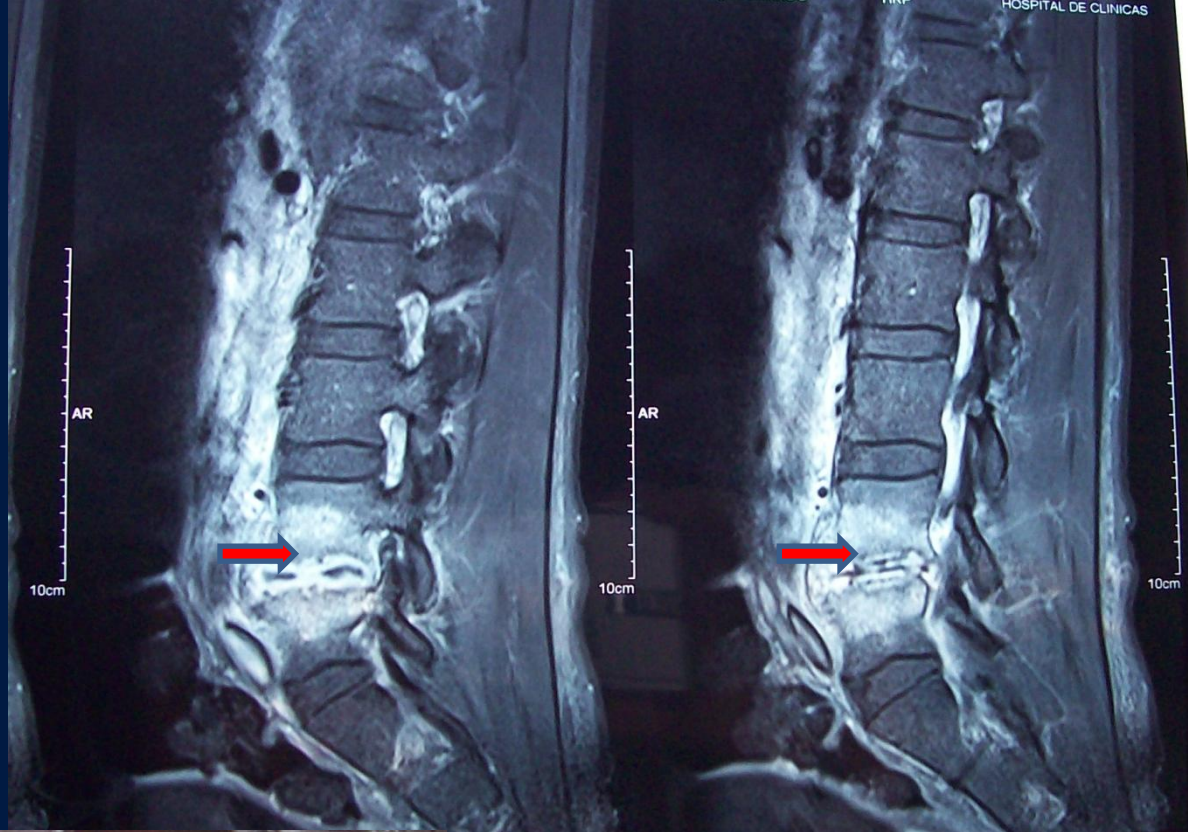
Estudios paraclínicos :Imagenología

Solicitud de estudios imagenológicos en vistas a: confirmar diagnóstico de espondilodiscitis, evaluar topografía, y extensión. Compromiso de partes blandas, intrarraquídeo y valorar posibles colecciones.

- Centellograma óseo: Lesión ósea activa e hiperémica en columna lumbar L4-L5 con compromiso de cuerpos vertebrales, compatible con espondilodiscitis.
- Resonancia Magnética de columna lumbar: Alteración morfoestructural del conjunto disco vertebral L4-L5 con edema de ambos platillos vertebrales y del disco correspondiente, como se observa en los procesos de naturaleza infecciosa (espondilodiscitis).
Manguito de partes blandas inflamatorio sin colecciones. No componente intrarraquídeo.

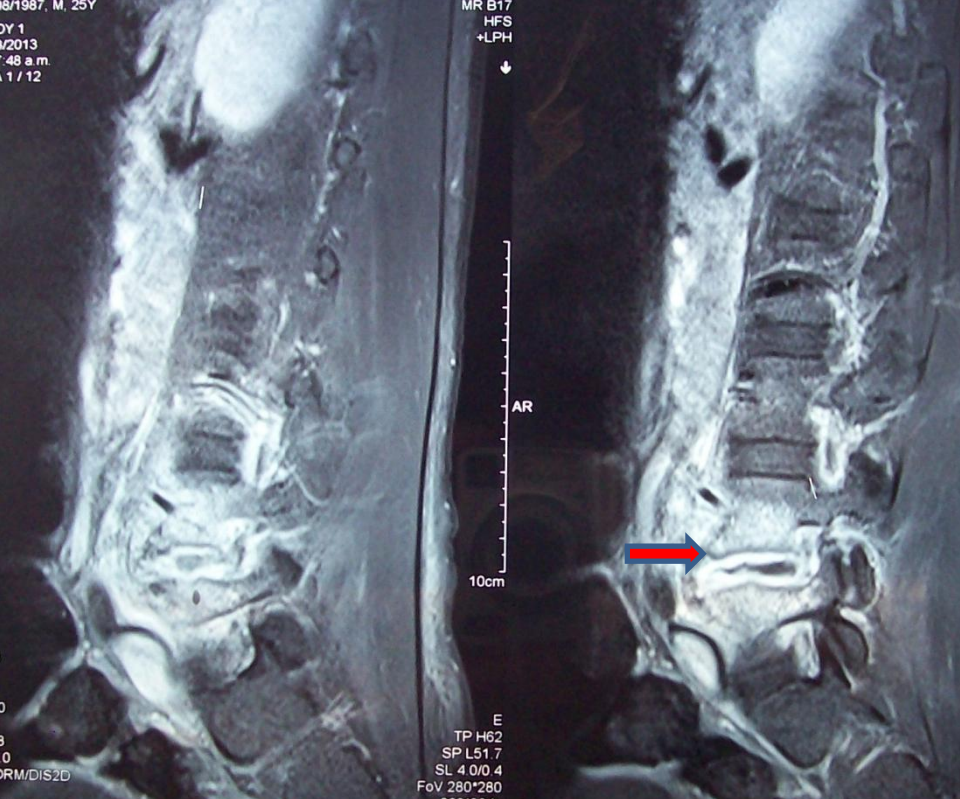


Resonancia magnética de columna lumbar



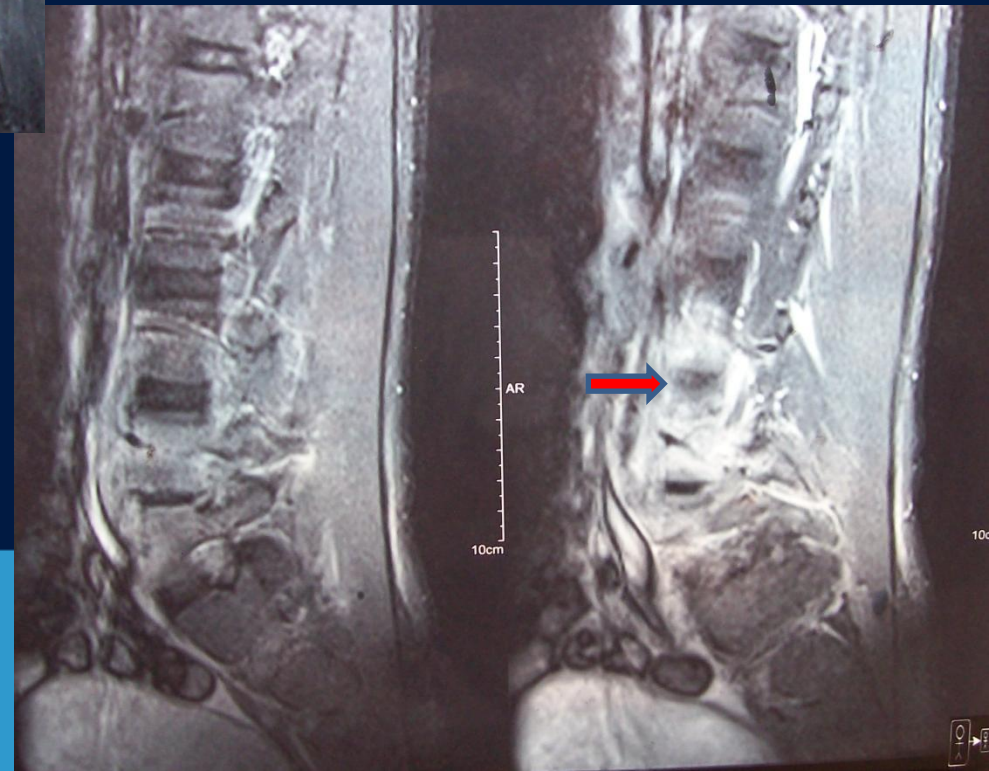
1987, M. 25Y
Y 1
2013
48 a.m.
1 / 12

MR B17
HFS
+LPH
↓



E
TP H62
SP L51.7
SL 4.0/0.4
Fov 280*280

D
3
0
IRM/DIS2D



Paraclínica valoración general

	Leucocitos	VES	PCR	Tasa Protrombina
Ingreso 3-3-13	17.890	-----	66	69%
5-3-13	13.730	43	-----	87%
6-3-13	11.700	-----	-----	68%
7-3-13	13.410	-----	-----	74%
12-3-13	-----	50	33	-----

- Función renal y F y E Hepático se mantuvo dentro de parámetros normales.
- Serología VIH negativo
- Serología VHB, VHC negativo
- Ecografía abdominal normal



Tratamiento

- Plan ATB iniciado: 3-3-13 al 5-3-13
 - En vistas a cubrir Microorganismos inespecíficos involucrados en espondilodiscitis, dirigido particularmente *S. aureus* y cubrir microorganismos responsables de probable Infección respiratoria. (*S. pneumoniae*, *S.aureus* entre otros)
 - Ampicilina Sulbactam 1.5g/6hs iv + Clindamicina 600 mg/6hs iv



Contacto con equipo de enfermedades infecciosas

- 4/3/13 primer contacto (24 hs posterior al ingreso).
- Planteo:
 - dolor lumbar subagudo, con características orgánicas acompañado de síndrome toxi-infeccioso y hallazgos imagenológicos con compromiso de platillos vertebrales L4 L5 y disco intervertebral → **Espondilodiscitis infecciosa.**
 - Se sugiere:
 - realización de punción guiada de foco y envío de muestras para anatomía patológica, bacteriología, Micología y CHLA, en vistas a obtener diagnóstico microbiológico del foco.



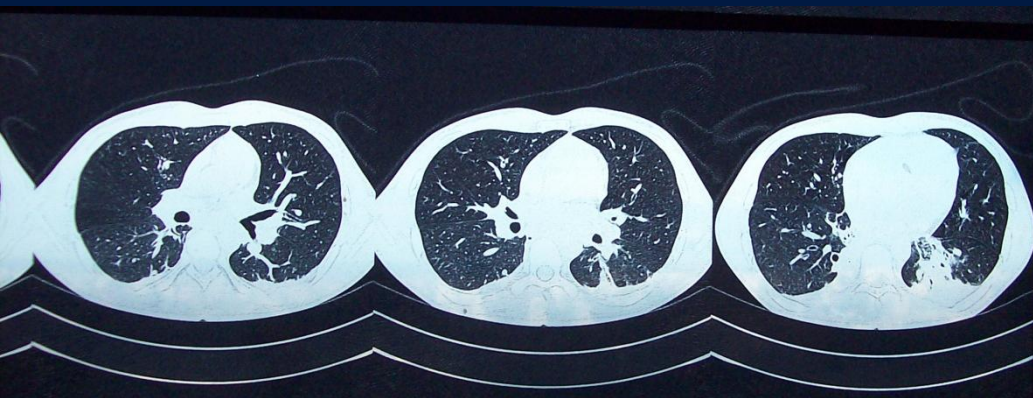
- Dado que el paciente presenta de forma concomitante un cuadro compatible con neumopatía aguda comunitaria se solicita para completar valoración respiratoria: Tc Tórax, PPD, baciloscopía de la expectoración.
- Se solicitan hemocultivos para microorganismos inespecíficos y micobacterias, en vistas a ampliar posibilidad de obtención del microorganismos y evaluar posible bacteriemia.



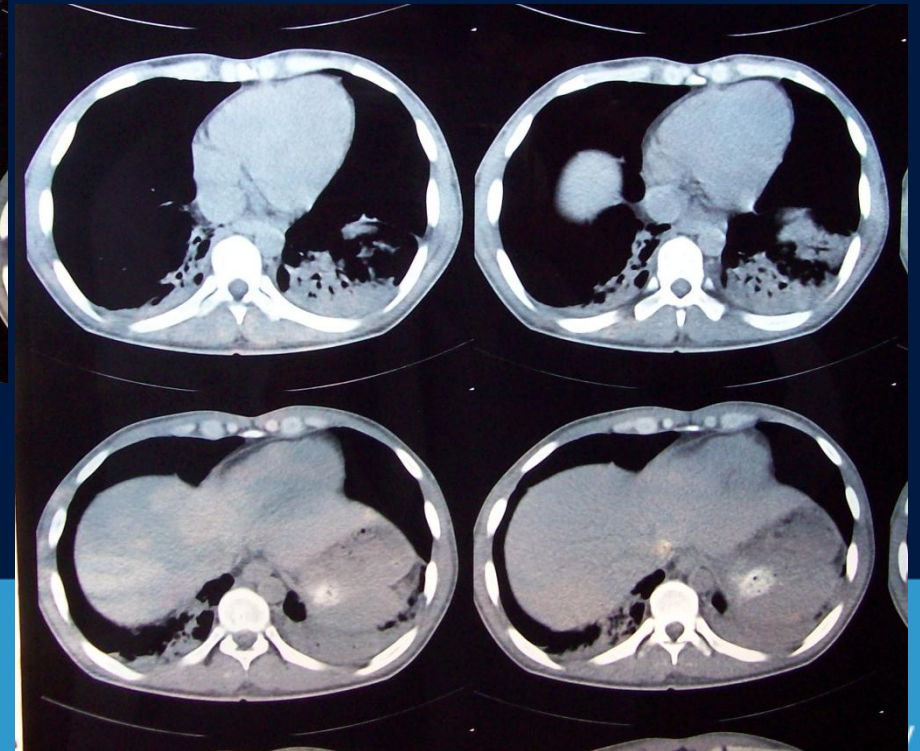
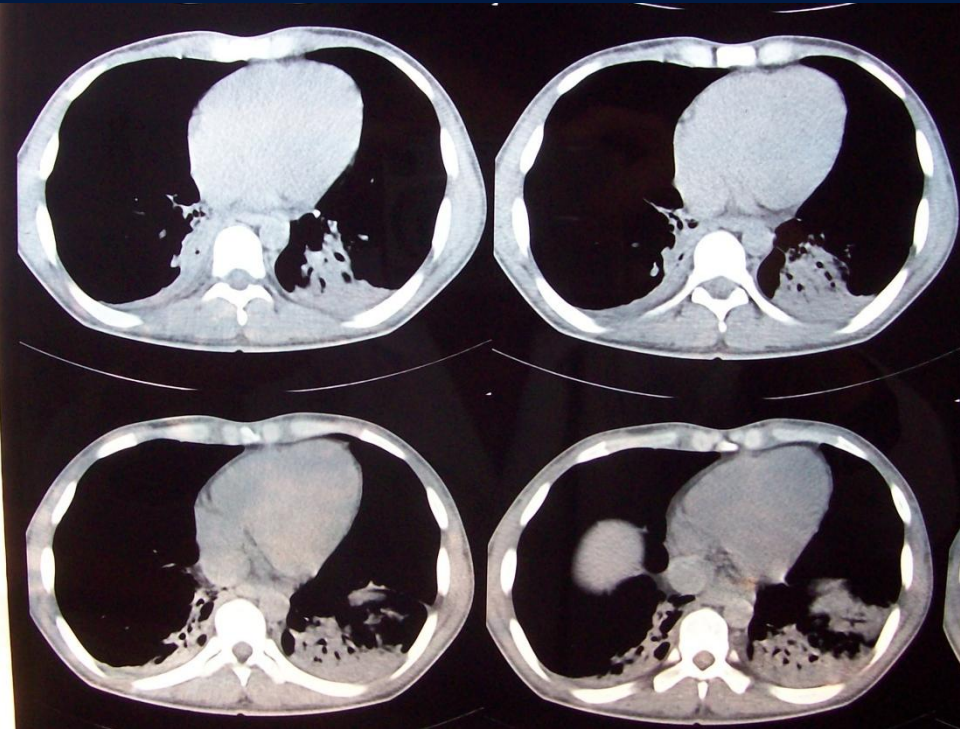
- TC Tx: Áreas de consolidación con broncograma aéreo a nivel de ambos lóbulos inferiores, mayor a nivel del lóbulo izquierdo. No derrame pleural. No adenopatías. Estos hallazgos alejan el planteo inicial de TEP sépticos.
- PPD: 15 mm.
- Baciloscopía expectoración : no observa BAAR.
- Hemocultivos microorganismos inespecíficos y micobacterias: Sin desarrollo.



Tc Tórax ventana pulmonar



Tc Tórax ventana mediastinal



- Equipo de enfermedades infecciosas sugiere iniciar el 5-3-13 plan ATB empírico con cobertura para posible *S aureus metilino sensible*, *SAMR-com* (por frecuencia), y *BGN*:

Vancomicina 1 g/12 hs iv

Rifampicina 300 mg/12 hs vo

Ciprofloxacina 400 mg/12 hs iv

Dada la estabilidad clínica del paciente se decide no iniciar tratamiento empírico anti tuberculoso.



Evolución

- Buena evolución bajo tratamiento ATB se mantiene en apirexia y con mejoría del dolor.
- 11-3-13 Enfermedades infecciosas nuevamente sugiere :
 - Dada estabilidad clínica suspender transitoriamente antibioticoterapia a fin de poder realizar punción guiada por imagen e intentar rescate del microorganismos
 - Post-punción realizar nuevos hemocultivos para microorganismos inespecíficos y *micobacterias*.
 - Reinstalar post punción igual plan antimicrobiano
 - Para evaluar el polo respiratorio solicitar FBC con LBA (el paciente no permitió su realización).



Evolución

- Clínicamente apirexia.
- Paraclínica:
 - Descenso marcadores actividad inflamatoria
 - Punción de foco: directo negativo, cultivo negativo
 - Hemocultivos post punción sin desarrollo.
 - Anatomía Patológica : No elementos inflamatorios ni remodelación ni necrosis.
 - Resultados de cultivos de *micobacterias* aún pendientes
- Paciente se retira del servicio sin el alta médica.



En suma:

- 25 años.
- Espondilodiscitis infecciosa columna lumbar.
 - Probable etiología a microorganismos inespecíficos
- Sin Micro-organismo aislado.
- Factores de riesgo para *S.aureus* (herida de arma blanca en zona adyacente al dolor) y *M. tuberculosis* (ex persona privada de libertad, contacto con tuberculosis)
- Buena evolución con tratamiento empírico para microorganismos inespecíficos instaurado.



Espondilodiscitis

- *Presentación clínica inespecífica, en general sub aguda.
- *Dolor de tipo inflamatorio, con ó sin afectación del canal medular.
- *Con o sin elementos del síndrome toxi-infeccioso.



Diagnóstico Tardío

Espondilodiscitis

Etiologías mas frecuentes

- *S. aureus* : MO más frecuente.
- *BGN: E. coli, Proteus spp, Pseudomonas aeruginosa.*
- *Micobacterias.*
- *Brucelosis.*
- *Cándida spp*

Espondilodiscitis

Estudios diagnósticos- Imágen

- **TC Columna** → Visualiza precozmente destrucción ósea, valora hueso cortical, y partes blandas adyacentes. Mala definición para abscesos epidurales. Útil para guiar punción ósea.
- **RM Columna** → Técnica más sensible y Específica. Muestra alteraciones en las primeras 2 semanas de infección.
- **Centellograma óseo** → Técnica útil, pero con menor sensibilidad y especificidad que la RM.

Espondilodiscitis

Diagnóstico etiológico

- Hemocultivos para MO inespecíficos (Sensibilidad del 25 - 70%), micobacterias, hongos.
- Punción Vertebral guiada por TC. Procesamiento de las muestras en microbiología, micobacterias, micología, anatomía patológica.
- Rendimiento cultivos de punción ósea > 80% si presenta secuestros óseos.



- Si aún así no se rescata microorganismo, puede plantearse reiterar punción o realización de biopsia quirúrgica.

Espondilodisicctis

Tratamiento

- Tratamiento antibiótico empírico eficaz:
 - Combinado
 - Prolongado, no menos de 6 semanas
 - Buena penetrancia ósea
 - Intravenoso
 - Espectro que cubra microorganismos más frecuentes (*S.aureus*, *BGN*)

Intervención de equipo de enfermedades infecciosas

- El equipo de infecciosas evaluó un paciente joven cursando una espondilodiscitis de columna lumbar, junto a un cuadro compatible con neumopatía aguda. Se insiste en la importancia de aislar el microorganismo responsable en el contexto de una espondilodiscitis, ya que esto es fundamental para la adecuada resolución del foco infeccioso.



Aprendizaje

- **Espondilodiscitis**
- Entidad poco frecuente.
- Características clínicas inespecíficas.
- Diagnóstico imagenológico con confirmación anatomopatológica, y microbiológica.
- Tratamiento dirigido o empírico prolongado, combinado, con buena penetración ósea.

