

---

# CASOS QUE ENSEÑAN

---

## ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA

### TUBERCULOUS SPONDYLODISCITIS

---

\*Judy E. Penagos Ramírez. \*\*Tutor: Bustillo P. JG

Recibido Abril 11-2013. Aceptado Junio 6-2013

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un señor de 63 años con manifestaciones de lumbalgia y ocasionales picos febriles, de 45 días de evolución. Recibió tratamiento con antibióticos y analgésicos en varios centros de salud, y ante la aparición posterior de cefalea, vómito y alteraciones de conducta, es traído por sus familiares a nuestra institución, donde se decide hospitalizarlo para realización de paraclínicos, con la sospecha inicial de meningitis. La punción lumbar -previa TAC cerebral normal- fue de muy difícil ejecución, obteniéndose escaso líquido de características inespecíficas. Una TAC de columna y posterior Resonancia, muestran espondilodiscitis. Durante su estancia mantiene oscilaciones en su estado de conciencia, así como en sus picos febriles y en sus niveles de natremia. Debido a lo anterior y a un resultado de ADA en líquido cefalorraquídeo, no concluyente, es llevado a biopsia de columna por neurocirugía. **REC 2013; 19: 96-98**

**Palabras Clave:** Espondilodiscitis, enfermedad de Pott, osteomielitis de la columna

#### SUMMARY

The case of a 63-year old man with low back pain symptoms and occasional fever spikes which lasted forty-five days, is presented. The patient was treated with antibiotics and pain killers in different health centers, and at subsequent onset of headache, vomit and disturbed behavior, his family took him to our Institution where he was hospitalized for paraclinical diagnosis process with initial suspicion of meningitis. Lumbar puncture and cerebral CT was hard to perform, obtaining scarce liquids with nonspecified characteristics. A spine CT Scan and MRI showed spondylodiscitis. While still in hospital, the patient maintained consciousness oscillations, as well as fever spikes and serum sodium levels. Due to the above and the inconclusive ADA results, a neurosurgical biopsy of spine is carried out. **REC 2013; 19: 96-98**

**Keywords:** Spondylodiscitis, Pott's disease, vertebral osteomyelitis

#### Caso clínico:

Hombre de 63 años, natural y residente en Bogotá, sin antecedentes patológicos de importancia, con manifestaciones de lumbalgia y ocasionales picos febriles, de 45 días de evolución. Recibió tratamiento con antibióticos y analgésicos en varios centros de salud, y ante la aparición posterior de cefalea, vómito y alteraciones de conducta, es traído por sus familiares a nuestra institución, donde se decide hospitalizarlo para realización de paraclínicos, con la sospecha inicial de meningitis. La Revisión por sistemas solo aportó los datos consignados y dentro de los antecedentes negaba trauma, diabetes, cirugías, administración de inmunosupresores o adicción a drogas. A su ingreso se encuentra paciente normotenso, febril, taquicárdico, no taquipneico, y desorientado, con náuseas, lumbalgia severa y paresia leve de miembros inferiores, sin signos meníngeos ni compromiso de pares o reflejos.

Con sospecha de meningitis se inicia manejo empírico con vancomicina-ceftriaxona y se solicitan paraclínicos que mostraron hemograma, urianálisis, glicemia y nitrogenados normales, hiponatremia, PCR y VSG aumentados. Radiografía de tórax no mostró cambios pulmonares importantes. Una TAC cerebral no mostró signos de hipertensión endocraneana, masas ni hemorragia. La punción lumbar, de muy difícil realización, mostró escaso líquido turbio, con hipoglucorraquia y moderado aumento de proteínas; polimorfonucleares de 91%, Gram y cultivo negativo para gérmenes comunes, VDRL y coloraciones para tuberculosis y hongos negativas; ADA y cultivo para tuberculosis, en espera. La escasa cantidad obtenida impidió la medida de presión del LCR.

Ante la laboriosa punción y la persistencia de la lumbalgia se decide practicar TAC de columna,

\* Residente II Medicina Familiar Fundación Universitaria Juan N. Corpas e-mail: judy-penagos@juanncorpas.edu.co

\*\*Jefe Medicina Interna Clínica Hospital Juan N. Corpas

informada como “imagen radio lúcida de lisis, que compromete el platillo vertebral superior y región central del cuerpo de L5 y el platillo inferior de L4, con marcada alteración de la densidad de los platillos vertebrales, asociado con presencia de aire en el interior del canal medular. Interpretación: espondilodiscitis”. Es valorado por neurocirugía quienes realizan biopsia ósea bajo TAC y solicitan resonancia magnética lumbar que muestra: “Cambios por espondilodiscitis en L4-L5, con pequeño absceso epidural anterior y foraminal derecho, que comprime el saco dural y la raíz de

L4 derecha en el agujero de conjunción. En L5-S1 se observa hernia discal central que comprime el saco dural sin compresión radicular; distribución irregular de las raíces en el interior del saco dural con severo realce tras la administración del medio de contraste, compatible con cambios de meningitis. Colección líquida inflamatoria en formación, a nivel del psoas izquierdo”

Con los hallazgos de la RM neurocirugía solicita el concurso de cirugía general y radiología intervencionista. Cirugía general no considera

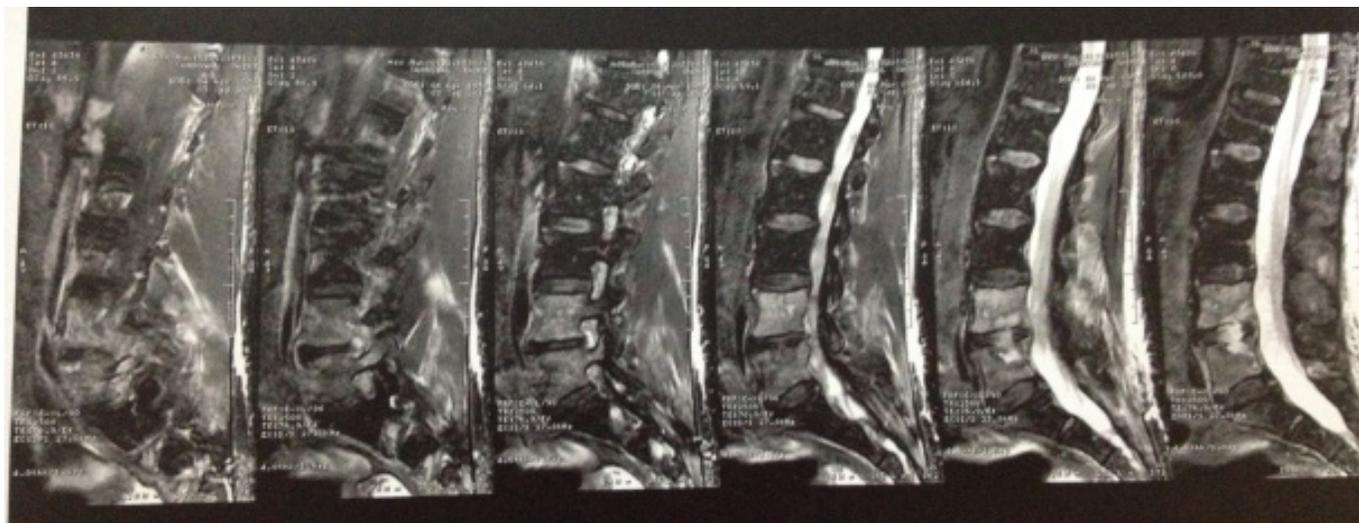


Fig. 1

necesario manejo quirúrgico de absceso de psoas y radiología intervencionista no considera que absceso sea susceptible de punción. Para este momento el paciente presenta incontinencia vesical y rectal, oscilaciones en su estado de conciencia, intermitencia de sus picos febriles, episodios alternantes de disminución y recuperación de fuerza en miembros inferiores, hemocultivos negativos, ADA en rangos inespecíficos y resultado de la biopsia por TAC no concluyente. Se cambia esquema antibiótico, se continúa manejo con nutrición y fisioterapia y se realiza ecocardiograma TT que no muestra vegetaciones. Neurocirugía ordena nueva RM encontrándose colección de más o menos 10cc, localizada entre L4-S1, por lo que es llevado a drenaje quirúrgico, con mejoría de sus síntomas, incluyendo los picos febriles.

Se da de alta con diagnósticos de Espondilodiscitis piógena de foco no establecido, meningitis e hiponatremia secundarias resueltas, e indicaciones de reclamar cultivo para BK de las muestras obtenidas. A las 8 semanas se recibe informe de laboratorio que muestra cultivo positivo para M. tuberculosis en la biopsia de columna. Se inicia tratamiento antifímico y se considera la posibilidad de espondilodiscitis mixta, por gérmenes piógenos y por M tuberculosis.

#### Comentario

La espondilodiscitis (ED) es una entidad poco frecuente, caracterizada por infección del disco intervertebral. Representa el 2-4% de las osteomielitis y puede calificarse como iatrogénica (post quirúrgicas,p.ej.) y espontánea

(endocarditis, p.ej.). Aunque es una causa poco frecuente de dolor espinal, la ED espontánea debe sospecharse si el dolor se acompaña de fiebre, leucocitosis, aumento de los reactantes de fase aguda o si aparece en el contexto de una enfermedad bacterémica o tuberculosa. La localización, en orden de frecuencia y según estudios publicados <sup>(1,2)</sup>, corresponde a las regiones lumbar, dorsal y cervical. Las regiones dorsal baja y lumbar alta han sido descritas como las más comprometidas por la tuberculosis, entidad que en esta localización, continúa siendo de difícil reconocimiento en sus fases tempranas a pesar de la disponibilidad actual de herramientas diagnósticas más efectivas, debido a su naturaleza crónica y a su presentación clínica insidiosa y variable. En contraste con las ED iatrogénicas en las que el estafilococo (*aureus* y *epidermidis*) predomina como agente etiológico, en las espontáneas se ha informado gran variedad de bacterias, micobacterias y hongos. En el estudio de Rivero y cols los gérmenes más frecuentemente encontrados fueron en su orden estreptococos (33.3%), *M. tuberculosis* (20%),

estafilococos (16.6%). *Escherichia coli* (6.6%) y *Pseudomona aeruginosa* (6.6%). No hubo recuperación bacteriológica en 16.7% de los casos. El predominio de estreptococos lo explican estos autores por ser este germen la causa número uno de endocarditis en su hospital y esta a su vez, la principal causa de ED infecciosa espontánea en sus pacientes <sup>(3)</sup>. Cuando los hemocultivos no identifican el agente causal, se hace necesario un abordaje directo con aspiración, punción con biopsia dirigida o una biopsia quirúrgica para obtener material. El urocultivo y la medula ósea pueden también ayudar en el diagnóstico.

Debido a que los hallazgos solo se observan tardíamente en la radiografía simple y a que la gammagrafía puede dar falsos negativos los primeros días, el método diagnóstico de elección es la Resonancia Magnética. Figura 1. En las ED piógenas se recomienda tratamiento durante 4-6 semanas mientras que en las de origen tuberculoso debe ser por 1 año. Puede requerirse inmovilización post quirúrgica ante complicaciones neurológicas <sup>(4,5)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Perrone C, Saba J, Belhoul Z, Salmon-Ceron D, Leport C, Vildé J, Kanhn M. Pyogenic and tuberculous spondylodiskitis (vertebral osteomyelitis) in 80 adults patients. *Clin Infect Dis* 1994; 19:746-50
2. A. Capa- Grasa: I Flores- Torres y D. Gonzalo – Arribas- Espondilodiscitis lumbar: Clínica y factores de riesgo en el diagnóstico precoz. Servicio de medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario la Paz Cantoblanco, Madrid, España, 2010,44 (1):82-85.
3. Rivero MG, Salvatore AJ, De Wouters L. Espondilodiscitis espontáneas en adultos. Análisis de 30 casos. *MEDICINA (Buenos Aires)* 1999; 59: 143-150.
4. Trush A, Enzmann D. MR imaging of infectious spondylitis. *AJNR* 1990; 11:1171-80
5. Trecarichi EM, Di Meco E, Mazzotta V, Fantoni M. Tuberculous spondylodiscitis: epidemiology, clinical features, treatment and outcome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16 Suppl 2: 58-72W