

CASO CLÍNICO

Espondilodiscitis lumbar por *Streptococcus bovis*

J. A. Aguilera¹, L. García¹, C. Serfaty², J. Arroyo³, E. Lucas¹

¹ Unidad de Raquis. Clínicas MC Mutual. Barcelona

² Unidad de Sépticos. Clínicas MC Mutual. Barcelona

³ Servicio de Medicina Interna. Clínicas MC Mutual. Barcelona

Correspondencia:

Dr. Juan Antonio Aguilera Repiso

Correo electrónico: jaguilera@mc-mutual.com

Recibido el 21 de marzo de 2018
Aceptado el 26 de marzo de 2018
Disponible en Internet: mayo de 2018

RESUMEN

La espondilodiscitis lumbar (EDL) es una infección del cuerpo y el disco vertebral cuya clínica en fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor lumbar. Es necesario un elevado grado de sospecha clínica para evitar retrasar su diagnóstico, así como tener en cuenta la presencia de factores de riesgo. La detección y el manejo precoces pueden evitar en gran parte la discapacidad que causa este cuadro. Presentamos un caso clínico de EDL asociado a *Streptococcus bovis*. Destacamos los pasos clave necesarios para evitar un retraso diagnóstico, el tratamiento realizado y el resultado final tanto clínico como desde el punto de vista laboral.

Palabras clave: Espondilodiscitis. Lumbalgia. Discitis piógena.

ABSTRACT

Lumbar spondylodiscitis due to *Streptococcus bovis*

Lumbar spondylodiscitis (LSD) is an infection of the body and spinal disc that can be initially confused with other diseases which also present low back pain. A high degree of suspicion is necessary to avoid diagnosis delay, as well as take into account the presence of risk factors that could favor it. Early detection and management can largely prevent the disability caused by this condition. We present a clinical case of LSD associated with *Streptococcus bovis*. We highlight the necessary key steps to avoid a diagnostic delay, the treatment performed and the final result, both from the clinic and labor point of view.

Key words: Spondylodiscitis. Lumbar pain. Pyogenic discitis.

Introducción

La espondilodiscitis lumbar (EDL)⁽¹⁾ es una infección del disco intervertebral que afecta al cuerpo vertebral y que puede extenderse a áreas contiguas⁽²⁾. La incidencia en las socie-

dades occidentales varía de 0,4 a 2,4 por cada 100.000 habitantes al año distribuyéndose en 2 picos de edad: infancia precoz y sexta década de la vida⁽³⁾. Su diagnóstico ha aumentado en frecuencia debido al aumento de las bacteriemias nosocomiales y al acceso a pruebas de imagen al-



<https://doi.org/10.24129/j.retla.01101.fs1803005>

© 2018 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

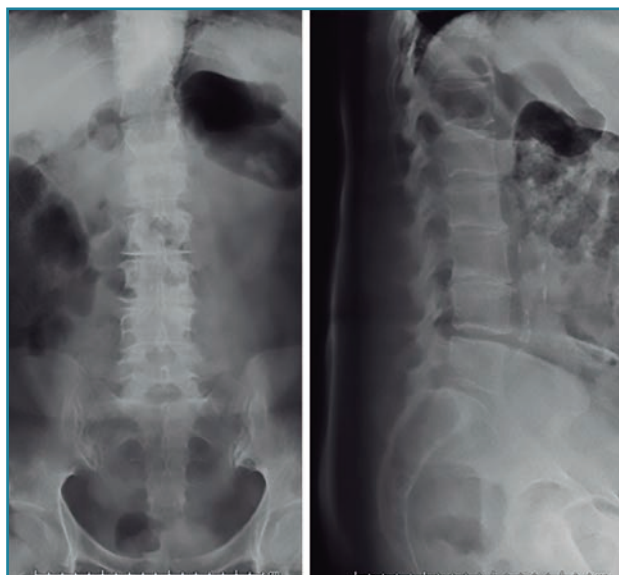


Figura 1. Radiografías iniciales con severa discopatía L2/L3 y discopatía L3/L4.

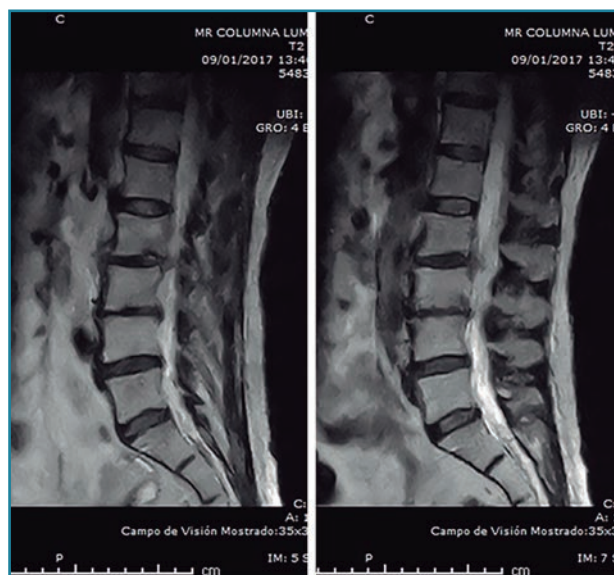


Figura 2. Resonancia magnética inicial realizada en el hospital de origen. Imagen de discopatía muy evolucionada con posible hernia L2/L3. Sagitales T2.

tamente sensibles, como la resonancia magnética (RM)⁽⁴⁾. La mayoría de los casos se deben a diseminación hematogena de infecciones a distancia, siendo menos frecuentes las causadas por propagación de infecciones desde tejidos adyacentes y las debidas a procesos invasivos de la columna.

El objetivo del presente artículo es mostrar, a propósito de un caso clínico, los aspectos más controvertidos en la detección inicial de la EDL^(5,6) y el resultado final tras el tratamiento realizado, tanto desde el punto de vista clínico como laboral.

Caso clínico

Introducción

Se trata de una mujer de 64 años de edad, de profesión cocinera en un centro hospitalario.

Es remitida a nuestra Unidad de Raquis en febrero de 2017 por un cuadro de dolor lumbar incapacitante de 6 semanas de evolución, iniciado tras recoger el contenido de un lavavajillas. Desde el inicio de los síntomas había precisado de hasta 3 ingresos hospitalarios para intentar controlar el dolor. La orientación diagnóstica fue de "hernia discal L2/L3".

Material y métodos

Estado clínico al ingreso: dolor lumbar con escala visual analógica (EVA) 9/10, sin dolor en piernas, continuo, inclu-

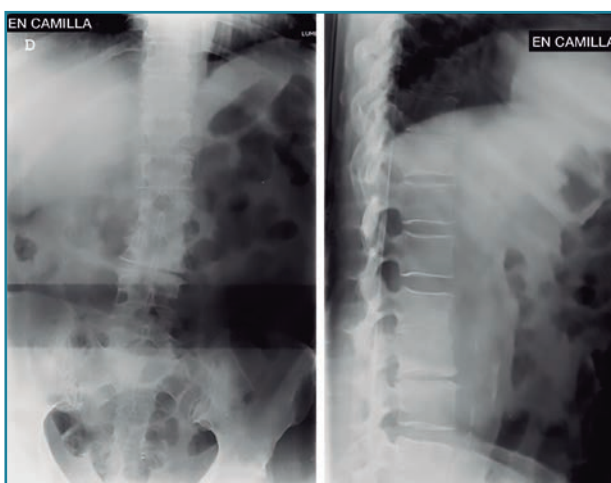


Figura 3. Radiografías al ingreso en nuestra unidad. Seis semanas respecto a las iniciales. Destrucción completa disco L2/L3.

so nocturno, que impedía la sedestación. Afebril. Exploración neurológica normal. Hipotiroidea en tratamiento médico, sin otros antecedentes de interés.

Se realizó analítica completa: hemograma normal, marcadores proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) claramente elevados, 80 y 63 respectivamente, Rx y RM (Figuras 1 a 4).

Con la orientación diagnóstica de espondilodiscitis aguda, se realizó punción biopsia guiada por tomografía computarizada (TC). Identificamos el germen *Streptococcus bovis*: coco Gram positivo, comensal del aparato digestivo humano y de otros mamíferos, y que está prin-

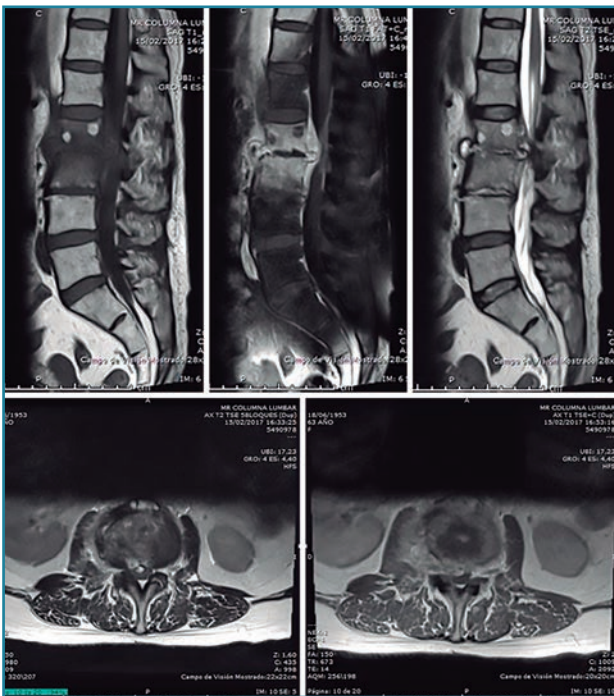


Figura 4. Resonancia magnética al ingreso en nuestra unidad. Secuencias T1 y T2 sagitales y axiales. Destrucción discal, edema masivo en disco y vértebras adyacentes, y colecciones líquidas anteriores y posteriores, disecando incluso psoas iliaco.

principalmente implicado en bacteriemias/sepsis, endocarditis e infecciones urinarias y del sistema nervioso central. La asociación entre infección sistémica por *S. bovis* y cáncer de colon es relativamente frecuente.

Se realizaron colonoscopia, ecocardiograma y hemocultivos, que fueron normales.

El diagnóstico definitivo fue: espondilodiscitis aguda por *Streptococcus bovis* sin focalidad filiada. Se inició tratamiento con ampicilina endovenosa (2 g/4 h) durante 6 semanas.

Desde el punto de vista administrativo, se realizó un informe para solicitar determinación de contingencia como enfermedad común.

Evolución clínica y resultados

Desde el inicio del tratamiento antibiótico se produjo una clara mejoría con una EVA en disminución progresiva que permitió iniciar deambulacion con ortesis lumbar y descenso de la pauta analgésica. Se produjo una progresiva normalización de los marcadores de infección. Se dio el alta hospitalaria a las 8 semanas con amoxicilina oral 1 g/8 h durante 2 semanas.

La paciente reingresó a los 3 meses del inicial, asintomática y con marcadores normales (Figura 5).

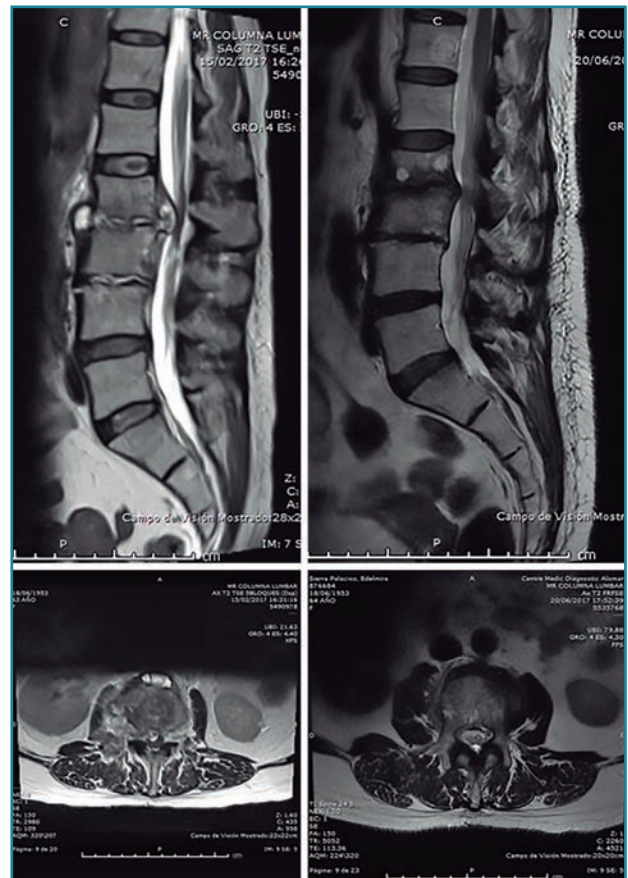


Figura 5. Resonancia magnética (RM) a los 3 meses del diagnóstico e inicio de tratamiento, comparando cortes sagitales y axiales de la RM inicial y final. Claro cambio en las imágenes, con desaparición de la “masa líquida” paravertebral y liberación del espacio intratecal.

Desde el punto de vista administrativo, a los 4 meses del informe para determinar contingencia el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) considera que “es un accidente laboral porque el proceso se inició en horario laboral”. Los servicios jurídicos de nuestra mutua iniciaron una reclamación judicial sin sentencia hasta la fecha.

Conclusiones

- Resulta básico un diagnóstico precoz y este comienza con la anamnesis por el tipo de dolor (signo de alerta en patología lumbar).
- En cuanto a la identificación del germen, muchas veces no se consigue; para ello, es indispensable la punción guiada por TC.
- El tratamiento resultó adecuado en dosis y tiempo; es fundamental la colaboración interdisciplinaria (Unidad de Raquis y Unidad de Sépticos).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Collert S. Osteomyelitis of the spine. Acta Orthop Scand. 1977;48:283-90.
2. Sapico FL, Montgomerie JZ. Vertebral osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am. 1990;4:539-50.
3. Torda AJ, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. Clin Infect Dis. 1995;20:320-8.
4. Osenbach RK, Hitchon PW, Menezes AH. Diagnosis and management of pyogenic vertebral osteomyelitis in adults. Surg Neurol. 1990 Apr;33(4):266-75.
5. Calderone RR, Larsen JM. Overview and classification of spinal infections. Orthop Clin North Am. 1996;27:1-8.
6. Belzunegui J, Del Val N, Intxausti JJ, De Dios JR, Queiro R, González C, et al. Vertebral osteomyelitis in northern Spain. Report of 62 cases. Clin Exp Rheumatol. 1999;17:447-52.