

DOI: 10.25237/revchilanestv52n5-16

# Espondilodiscitis infecciosa Caso clínico

## Case report: Infectious spondylodiscitis

María Mora-Aznar<sup>1,\*</sup>, Miguel Moreno-Hijazo<sup>2</sup><sup>1</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. España.<sup>2</sup> Servicio de Microbiología, Hospital de Alcañiz. España.

Fecha de recepción: 12 de octubre de 2022 / Fecha de aceptación: 31 de diciembre de 2022

### ABSTRACT

**Objectives:** Analysis of a case of infectious spondylodiscitis with a delay in its diagnosis that leads to a distributive shock that is difficult to manage. Study of differential diagnoses and literature review. **Material and Methods:** Presentation of a clinical case of infectious spondylodiscitis in a patient who required admission to the Critical Patient Unit of a Second Level Hospital in Spain. For this, express consent was obtained from the patient, as well as from the Ethics Committee of our Center. **Results:** Review of the clinical and current history of an elderly woman who came to our hospital for low back pain with no known aetiology, rapid and torpid evolution towards a picture of distributive shock, which poses different differential diagnoses, finally finding the correct diagnosis through complementary tests. specific, being able to establish an oriented treatment, initially conservative and then surgical with correct subsequent evolution. **Conclusions:** Infectious spondylodiscitis is an infectious entity whose incidence has increased in recent years due to increased life expectancy of patients with chronic diseases that presuppose conditions for a certain degree of immunodeficiency. Cases with spondylodiscitis have been described in which the coexistence of infective endocarditis must be evaluated, as is the case we have raised; as well as to assess the indication for surgical intervention in cases without response to antimicrobial therapy, such as the patient in question.

**Key words:** Infectious spondylodiscitis, critical, bacteremia, epidural abscess.

### RESUMEN

**Objetivos:** Análisis de un caso de espondilodiscitis infecciosa con retraso en su diagnóstico que deriva en un shock distributivo de difícil manejo. Estudio de los diagnósticos diferenciales y revisión bibliográfica. **Material y Métodos:** Presentación de un caso clínico sobre la espondilodiscitis infecciosa de una paciente que precisó ingreso en la Unidad del Paciente Crítico de un Hospital de Segundo Nivel en España. Para ello, se obtuvo consentimiento expreso por parte del paciente, así como del Comité de Ética de nuestro Centro. **Resultados:** Revisión de la historia clínica y actual de una mujer de avanzada edad que acude a nuestro centro hospitalario por lumbalgia sin etiología filiada, evolución rápida y tórpida hacia un cuadro de shock distributivo, que plantea distintos diagnósticos diferenciales, encontrando finalmente el diagnóstico acertado mediante pruebas complementarias específicas, pudiendo instaurar un tratamiento orientado, inicialmente conservador y después quirúrgico con correcta evolución posterior. **Conclusiones:** La espondilodiscitis infecciosa es una entidad infecciosa cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido a una mayor esperanza de vida de pacientes con enfermedades crónicas que suponen condiciones para cierto grado de inmunodeficiencia. Se han descrito casos con espondilodiscitis en los que se debe evaluar la coexistencia de endocarditis infecciosa, como es el caso que hemos planteado, así como valorar la indicación de intervención quirúrgica en casos sin respuesta a terapia antimicrobiana como es la paciente que nos ocupa.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis infecciosa, crítico, bacteriemia, absceso epidural.

maria.unizar@gmail.com

\*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1756-3558>

## Introducción

La espondilodiscitis infecciosa, espondilitis u osteomielitis vertebral es una patología de baja incidencia, aunque ésta ha aumentado en los últimos años debido a un mayor número de procedimientos quirúrgicos espinales, de bacteriemia nosocomial, el envejecimiento de la población y la adicción a drogas por vía parenteral. La infección hematógena sigue siendo la causa más común de espondilitis[1],[2]. La infección producida por *Staphylococcus aureus* es la forma más frecuente de enfermedad, aunque la tuberculosis y la brucelosis son todavía etiologías frecuentes[3]. La presentación clínica suele ser inespecífica, lo que condiciona un gran retraso diagnóstico. La resonancia magnética es la técnica de imagen más sensible. Los hemocultivos son, con frecuencia, positivos, pero suele ser necesaria la biopsia vertebral quirúrgica o guiada por tomografía para conseguir el diagnóstico microbiológico[4]. El tratamiento antibiótico prolongado y, ocasionalmente, la cirugía son esenciales para conseguir la curación en la mayoría de los enfermos y ambos factores han contribuido a la reducción de su morbimortalidad[5],[6].

Se muestra un caso de espondilodiscitis infecciosa con retraso diagnóstico que deriva en un shock distributivo de difícil manejo. Así como el estudio de los diagnósticos diferenciales y revisión bibliográfica.

## Material y Métodos

Se presenta un caso clínico sobre la espondilodiscitis infecciosa de una paciente que precisó ingreso en la Unidad del Paciente Crítico de un Hospital de Segundo Nivel en España. Se obtuvo consentimiento expreso por parte del paciente, así como del Comité de Ética de nuestro Centro.

## Resultados

Se presenta el caso de una mujer de 74 años que acude por dolor lumbar bilateral resistente a tratamiento. Como antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, tiroidectomía y tratamiento con Iodo I131 por carcinoma papilar de tiroides (en 2010).

Es remitida al Servicio de Urgencias de nuestro Centro Hospitalario por lumbalgia de meses de evolución, resistente en el último mes a tratamiento con analgesia convencional y corticoides intramusculares, que se acompaña además en las últimas tres semanas de dolor abdominal difuso continuo, mialgias y pérdida de fuerza en miembros inferiores. A la exploración destaca: hipotensión arterial, con signos de hipoperfusión periférica, paraparesia ascendente 1/5, REMs 0/5, afebril, resto de exploración sin hallazgos. Analíticamente, destaca coagulopatía, con acidosis metabólica láctica (pH 7,29, lactato 6,8 mmol/l). Impresión diagnóstica inicial: shock distributivo *versus* hipovolémico sin filiar.

En este primer control analítico hospitalario ante la inespecificidad del cuadro se determina Dímero-D: 10,24 µg/ml, planteando como nuevo diagnóstico diferencial un posible síndrome aórtico agudo, por lo que se solicitó un angio-TC aorta, donde los únicos hallazgos fueron múltiples pequeños nódulos

mal definidos en ambos campos pulmonares (imagen concordante en el control radiográfico simple de tórax y sugestivo de posibles embolismos sépticos pulmonares), aorta torácica y abdominal sin hallazgos.

Con estos hallazgos en los controles de imagen y con valores elevados de procalcitonina el diagnóstico se centra en un shock séptico sin foco.

Dada inestabilidad hemodinámica y neurológica de la paciente, se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos. Se inicia reposición hidroelectrolítica sin respuesta, requiriendo infusión de vasopresores. La paciente evoluciona a síndrome de disfunción multiorgánica.

Ante sospecha de una espondilodiscitis infecciosa con shock séptico secundario, se inició antibioterapia empírica con meropenem y linezolid previa toma de hemocultivos. Se realizó punción lumbar, estableciendo alta sospecha de meningitis bacteriana sustituyendo la antibioterapia previa por ceftriaxon a+vancomicina+ampicilina+rifampicina+isoniazida+pirazinamida. Estos tres últimos se suspendieron después al descartar tuberculosis. A pesar del cambio de tratamiento, el cuadro clínico evolucionó a tetraparesia de carácter ascendente, con resto de exploración neurológica normal.

Se confirmó bacteriemia y meningitis por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible pautándose tratamiento dirigido con cloxacilina intravenosa. Tras objetivarse bacteriemia y el hallazgo de posibles embolismos sépticos, se realizó con carácter urgente un ecocardiograma transesofágico descartando cualquier signo de endocarditis.

Posterior evolución favorable de disfunciones orgánicas, incluida mejoría de fuerza de las cuatro extremidades.

Al mes de ingreso en nuestra Unidad, durante el cual precisó soporte ventilatorio invasivo, soporte vasopresor intermitente y diurético, así como realización de traqueostomía percutánea ante la imposibilidad de destete por la gravedad de la situación clínica, apareció nuevo pico de fiebre con empeoramiento de fórmula leucocitaria y de parámetros inflamatorios, por lo que se realizó resonancia magnética cervico dorso lumbar. Se objetivó sinovitis séptica facetaria en niveles lumbosacros con absceso epidural desde nivel D11 a L4-L5, que condicionaba desplazamiento de raíces de cola de caballo y cono medular. Meningoradiculitis de raíces de cola de caballo y discreto realce a nivel del cono medular sugestivo de mielitis. Se comentó el caso con neurocirugía para valorar tratamiento quirúrgico, siendo realizada laminectomía con drenaje y extirpación, completando el tratamiento con pauta de cloxacilina intravenosa y oral después, siguiendo una buena evolución posterior[7],[8].

## Discusión

La espondilodiscitis infecciosa es una entidad cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, por lo que se ha de plantear como diagnóstico diferencial entre las causas de shock, solicitando las pruebas complementarias necesarias para su despistaje temprano.

Hay algunos pacientes con espondilodiscitis en los que se debe evaluar la coexistencia de endocarditis infecciosa, como es el caso que hemos planteado, así como valorar la indicación de intervención quirúrgica en casos sin respuesta a terapia antimicrobiana[9],[10].

**Agradecimientos:** Al Servicio de Neurología del Hospital Santa Bárbara de Soria (España).

## Referencias

1. Kim CW, Currier BL, Eismont FJ. Infections of the spine. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR, Balderston RA, editors. *Rothman-Simeone The Spine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. pp. 1513–70. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-6726-9.00086-9>.
2. Davis WT, April MD, Mehta S, Long B, Shroyer S. High risk clinical characteristics for pyogenic spinal infection in acute neck or back pain: prospective cohort study. *Am J Emerg Med*. 2020 Mar;*38*(3):491–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.05.025> PMID:31128933
3. Colmenero JD, Jiménez-Mejías ME, Sánchez-Lora FJ, Reguera JM, Palomino-Nicás J, Martos F, et al. Pyogenic, tuberculous, and brucellar vertebral osteomyelitis: a descriptive and comparative study of 219 cases. *Ann Rheum Dis*. 1997 Dec;*56*(12):709–15. <https://doi.org/10.1136/ard.56.12.709> PMID:9496149
4. Yu GJ, Koslowsky IL, Riccio SA, Chu AK, Rabin HR, Kloiber R. Diagnostic challenges in pyogenic spinal infection: an expanded role for FDG-PET/CT. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2018 Mar;*37*(3):501–9. <https://doi.org/10.1007/s10096-018-3197-7> PMID:29411191
5. Couderc M, Bart G, Coiffier G, Godot S, Seror R, Ziza JM, et al.; French Rheumatology Society Bone, Joint Infection Working Group. 2020 French recommendations on the management of septic arthritis in an adult native joint. *Joint Bone Spine*. 2020 Dec;*87*(6):538–47. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2020.07.012> PMID:32758534
6. Murillo O, Lora-Tamayo J. Editorial commentary: pyogenic vertebral osteomyelitis and antimicrobial therapy: it's not just the length, but also the choice. *Clin Infect Dis*. 2016 May;*62*(10):1270–1. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw100> PMID:26917811
7. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*. 2010 Nov;*65* Suppl 3:iii11–24. <https://doi.org/10.1093/jac/dkq303> PMID:20876624
8. Zarghooni K, Röllinghoff M, Sobottke R, Eysel P. Treatment of spondylodiscitis. *Int Orthop*. 2012 Feb;*36*(2):405–11. <https://doi.org/10.1007/s00264-011-1425-1> PMID:22143315
9. Guerado E, Cerván AM. Surgical treatment of spondylodiscitis. An update. *Int Orthop*. 2012 Feb;*36*(2):413–20. <https://doi.org/10.1007/s00264-011-1441-1> PMID:22215365
10. Wernsing DS, Balderston RA. Anterior exposure to lumbosacral spine: anatomy and techniques. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR, Balderston RA, editors. *Rothman-Simeone The Spine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. pp. 339–48. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-6726-9.00019-5>.