

Discitis hematógica aguda en un adulto

Acute hematogenous discitis in an adult patient

Discite hématogène aiguë chez un adulte

Dr. Rafael Sánchez Concepción, Dr. C. Osvaldo Pereda Cardoso, Dr. Eddy Montesino Hernández, Dr. Héctor Blanco Plasencia

Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la discitis es una de las formas de presentación de los procesos infecciosos en el raquis. La de origen hematogénico es más frecuente en los niños y de modo raro aparece en el adulto asociada a una inmunodepresión, porque en esta edad ocurre generalmente como complicación de un proceder quirúrgico sobre el disco intervertebral.

Objetivo: establecer las características clínicas e imaginológicas y el tratamiento de esta afección en el adulto.

Descripción: se presentó un paciente masculino de 35 años de edad con antecedentes de salud anterior, que comenzó a presentar dolor en columna lumbar e impotencia funcional absoluta. Se realizaron estudios de laboratorio y de imágenes. Los parámetros hematológicos inclinaban al diagnóstico de un proceso infeccioso y la resonancia magnética nuclear evidenció una discitis. El tratamiento consistió en la administración de antibióticos e inmovilización.

Conclusiones: el paciente presentó mejoría de los síntomas a las 72 h, con alivio total del dolor a las 2 semanas. Los resultados hematológicos mejoraron paulatinamente hasta alcanzar la normalidad a los 3 meses. Los estudios de imágenes fueron normales a los 6 meses y el paciente se incorporó a sus actividades habituales. la discitis hematogénica en el adulto, aunque infrecuente, debe ser sospechada en todo paciente con síntomas dolorosos del raquis de posible origen infeccioso, que no responde a tratamiento médico y mucho más si concommita con algún grado de inmunodepresión.

Palabras clave: infección de columna, discitis, hematogénica.

ABSTRACT

Introduction: Discitis is one of the forms of presentation of infectious processes of the spine. Discitis of hematogenous origin is more common in children. In adults it is a rare condition associated to immunosuppression, since it generally occurs as a complication of intervertebral disk surgery.

Objective: Determine the clinical and imaging characteristics as well as the treatment of this condition in adults.

Description: A male 35-year-old patient with a disease history presents with lumbar pain and total functional impotence. Laboratory and imaging studies were conducted. Hematological parameters pointed to an infectious process, and nuclear magnetic resonance imaging revealed a discitis. Treatment consisted of antibiotics and immobilization.

Conclusions: The patient showed symptom improvement at 72 hours, with total pain relief at 2 weeks. There was gradual improvement in hematological results, which reached normal levels at 3 months. Imaging studies were normal at 6 months, and the patient resumed his daily routine. Adult hematogenous discitis, though infrequent, should be suspected in any patient with spinal pain symptoms of possible infectious origin not responding to clinical treatment, particularly when it is concomitant with some degree of immunosuppression.

Key words: spinal infection, discitis, hematogenous.

RÉSUMÉ

Introduction: la discite est l'une des formes de présentation caractérisant les processus infectieux au niveau du rachis. L'infection hématogène est la plus fréquente chez les enfants, mais rare chez les adultes si associée à une immunodépression, car à l'âge adulte, elle survient généralement comme une complication d'un geste chirurgical sur un disque intervertébral.

Objectif: établir les caractéristiques cliniques et par image, et le traitement de cette affection chez l'adulte.

Description: un patient du sexe masculin, âgé de 35 ans, avec une histoire médicale connue, ayant une douleur lombaire et un dysfonctionnement absolu, s'est présenté en consultation. Des examens de laboratoire et d'imagerie ont été réalisés. Les résultats hématologiques ont évoqué une infection, et la résonance magnétique nucléaire a mis en évidence une discite. Le traitement a consisté à l'administration des antibiotiques et à l'immobilisation.

Conclusion: les symptômes du patient ont résolu à 72 h, la douleur s'est atténuée à 2 semaines. Les résultats hématologiques ont amélioré peu à peu lors de 3 semaines. Les examens d'imagerie sont revenus à la normale à 6 mois, et le patient s'est réincorporé à sa vie quotidienne. La discite hématogène chez l'adulte, quoique rare, doit être soupçonnée chez tout patient ayant une douleur de possible origine infectieuse au niveau du rachis et ne répondant pas au traitement médical, nettement plus si une certaine immunodépression est concomitante.

Mots clés: infection du rachis, discite, hématogène.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la columna vertebral constituyen una causa importante de invalidez en los pacientes y su diagnóstico en mucho de los casos es difícil, aún más cuando no se recogen antecedentes de algún proceder sobre esta región anatómica. Las formas de presentación son el absceso epidural, la osteomielitis vertebral, el absceso paravertebral, y la discitis.¹ En todas estas formas de presentación la etiología está relacionada en el mayor por ciento a proceder tanto diagnósticos como terapéuticos en esta zona y, en menor medida, la infección se disemina por vía hematógena desde un foco contiguo o a distancia que provoca de esta manera la proliferación bacteriana.

La discitis de origen hematógeno es más frecuente en los niños y raramente aparece en el adulto, cuando ocurre se asocia a una inmunodepresión o enfermedad sistémica que la favorece. Con el objetivo de establecer las características clínicas e imaginológicas así como el tratamiento de esta afección presentamos un caso de una discitis hematógena en un adulto joven.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 33 años de edad, raza negra, antecedentes de problemas de salud anterior, el cual presentaba una historia de dolor lumbosacro de 15 días de evolución, sin antecedentes de trauma y de aparición espontánea. Con este cuadro se interpretó como una sacrolumbalgia aguda y se trató con antiinflamatorio y relajantes musculares; en 15 días los síntomas empeoraron y aumentaron en la noche; no aliviaba ni con el reposo. Se ingresó en el centro para hacer un mejor estudio.

Al examen físico se constató que el paciente tenía una actitud de decúbito obligado antálgica por proceso doloroso en la columna, el dolor aumentaba con la mínima movilización y le era imposible pararse y mucho menos deambular.

La fuerza muscular, sensibilidad, así como los reflejos de los miembros inferiores estaban conservados; la movilización del tronco era muy dolorosa y la palpación de la zona lumbar sobre las apófisis espinosas era sensible.

Los estudios de laboratorios revelaron una leucocitosis de 15,2 con neutrofilia, la eritrosedimentación era de 88 mm y la proteína C reactiva (PC-reactiva) estaba en 36, además de anemia ligera con hemoglobina de 9,5 g/l. El resto de los complementarios de sangre y orina eran negativos.

Los estudios de rayos X de columna lumbosacra (L-S) en las dos vistas resultaron negativos, no así la resonancia magnética nuclear (RMN) en esta zona, que mostró cambios en la intensidad de la señal en la secuencia T1 entre el espacio L5-S1 compatible con una colección de líquido, así como inflamación de los cuerpos vertebrales adyacentes (Fig. 1).



Fig. 1. Resonancia magnética nuclear en T1. Corte sagital de la columna lumbosacra con cambios en la intensidad de la señal en el espacio intervertebral L5-S1.

Con los antecedentes del caso, el cuadro clínico y los exámenes complementarios se diagnosticó una discitis hematogena aguda; el hemocultivo dio como resultado que la causa fue un *Staphylococcus aureus*.

El tratamiento consistió en el reposo en cama inmovilizado con un corsé de yeso abdominopédico por 3 meses, y la administración conjunta de antibiótico endovenoso; al inicio se administró rocephin 1 g endovenoso cada 12 h, amikacina 1 g/día y metronidazol 1,5 g/día por 2 semanas, posteriormente se comenzó con vancomicina a completar 6 semanas de antibiótico endovenoso.

Pasado 30 días, el cuadro clínico mejoró y desapareció el dolor, además mejoró el estado general. La velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva, así como el leucograma se normalizaron; en la RMN en esta etapa se mantenían los signos de inflamación aguda aunque no como el estudio inicial (Fig. 2).

El estado general del paciente se mejoró aún más, se continuó con antibiótico oral hasta 6 meses, 7 días cada mes con uno diferente. Los estudios de imagen se normalizaron (Fig. 3) y el paciente se incorporó a las actividades normales al término de los 6 meses sin la aparición de complicaciones.

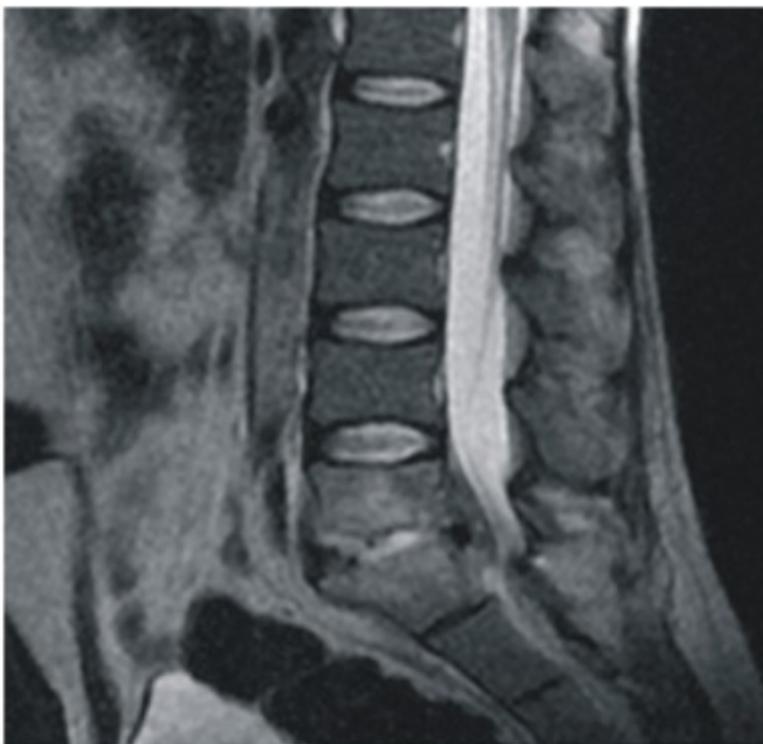


Fig. 2. Resonancia magnética nuclear a los 30 días después del tratamiento médico.

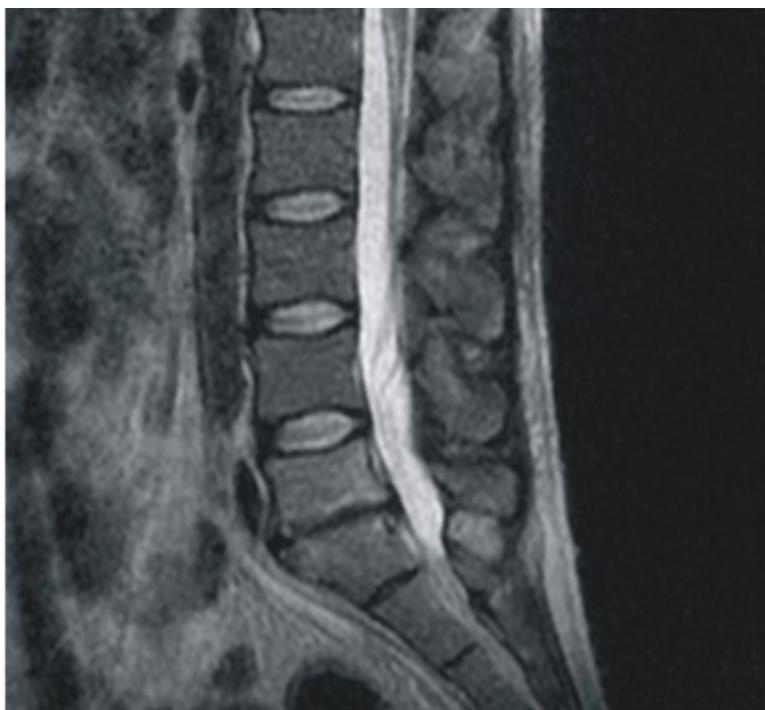


Fig. 3. Resonancia magnética nuclear a los 6 meses, espacio intervertebral sin alteraciones, no hay cambios en la intensidad de la señal.

DISCUSIÓN

La discitis hematógena es una condición poco frecuente que tiene su mayor incidencia en niños menores de 10 años. Esta enfermedad no es una causa frecuente de dolor dorsolumbar y su incidencia no sobrepasa de 0,01 % en los centros de atención primaria.^{2,3} Por otra parte, la discitis en el adulto aparece cuando existe una depresión del sistema inmunológico asociado a procedimientos quirúrgicos en la columna.^{4,5} Pero las infecciones espontáneas también aparecen causadas por focos sépticos en otras partes del cuerpo,^{6,7} asociado a factores predisponentes como la edad avanzada, diabetes mellitus, infecciones concomitantes, traumas severos multisistémicos, así como el uso de drogas de forma indiscriminada.⁸ De esta manera, en un estudio de *Marc y Weinstein*⁹ de 6 años se mostró que de un total de 7 338 casos portadores de VIH, el 0,23 % se trató por infección en la columna. En el caso que se presentó, aunque no se recogieron antecedentes de enfermedades sistémicas e inmunodepresión, no se puede descartar que tuviera alguna infección a bajo grado en otro órgano de la economía no diagnosticada en su momento.

A pesar de ser más frecuente esta enfermedad en los niños y adolescentes que en los adultos,² *Hutchinson y Hanger*¹⁰ presentaron una casuística de 41 pacientes en un período de 6 años, los cuales tenían como síntoma fundamental dolor en la espalda; el caso de nuestro trabajo a pesar de tener 33 años, no coincide con lo revisado en la literatura respecto a la edad.^{2-4,10}

Los microorganismos responsables de esta afección en 60 % son el *Staphylococcus aureus* y más raramente el *Streptococcus epidermidis*; por otra parte, las enterobacterias representan 30 % de las infecciones.^{10,11} En raras ocasiones otras bacterias son causas de esta enfermedad.^{12,13} En una revista europea acerca de infecciones microbianas se reportan 5 casos de múltiples discitis, provocadas por la *Abiotrophia defectiva* que es una variante nutricional del estreptococo llamado estreptococo satélite.¹⁴

La región lumbar es la más afectada en 54 %, seguida de la región torácica y menos frecuente el segmento cervical, con solo 10 %.⁸ En el caso que se presentó el segmento afectado fue el lumbosacro, que coincide con lo revisado en la literatura.^{5,6,8} Existen otros casos en los cuales están afectados varios segmentos como daño multifocal, provocado principalmente por micobacterias, brucellas y hongos,¹³ *Mario Teo* y otros reportan un caso de discitis multifocal provocado por un *Staphylococcus aureus*.¹⁵

El diagnóstico se realizó basado en el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio, estudios de imagen y la biopsia; las radiografías convencionales muestran estrechamiento del espacio y esclerosis subcondral. La RMN constituye el método de elección para el diagnóstico con una sensibilidad de 96 %, especificidad de 93 %, así como una exactitud de 94 %.^{16,17} Aunque en este caso no se realizó, la biopsia desempeña un papel importante para el diagnóstico de la enfermedad y debe hacerse siempre que se pueda con la ayuda de un fluoroscopio; de esta manera se conocerá el microorganismo causal, así como qué antimicrobiano utilizar.¹⁰

El tratamiento en este caso consistió en el uso de drogas a altas dosis de 4 a 6 semanas por vía parenteral, asociado a una inmovilización de la región lumbosacra, y el paciente mejoró. La literatura aboga en la mayoría de los casos por el tratamiento conservador,¹⁰ aunque en otros hay que acudir al tratamiento quirúrgico por fallos del anterior, que consiste en desbridamiento, desbridamiento y uso de injerto, y la instrumentación subsecuente del segmento lesionado.¹⁰

CONSIDERACIONES FINALES

el paciente presentó mejoría de los síntomas a las 72 h, con alivio total del dolor a las 2 semanas. Los resultados hematológicos mejoraron paulatinamente hasta alcanzar la normalidad a los 3 meses. Los estudios de imágenes fueron normales a los 6 meses y el paciente se incorporó a sus actividades habituales.

La discitis hematógena en el adulto, aunque infrecuente, debe ser sospechada en todo paciente con síntomas dolorosos del raquis de posible origen infeccioso, que no responde a tratamiento médico y mucho más si concomita con algún grado de inmunodepresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boos N, Aebi M. Spinal disorders, fundamentals of diagnosis and treatment. cap. 36. England: Springer Verlag; 2008. p. 1021. ISBN 978-3-540-5200
2. Carragee EJ. Pyogenic vertebral osteomyelitis. J Bone Joint Surg Am. 1997;79:874-80.
3. Goel V, Young JB, Patterson CJ. Infective discitis as an uncommon but important cause of back pain in older people. Age Ageing. 2000;29:454-6.
4. Bajwa ZH, Ho C, Grush A, Kleefeld J, Warfield CA. Discitis associated with pregnancy and spinal anaesthesia. Anesth Analg. 2002;94:415-6.
5. Silber JS, Anderson DG, Vaccaro AR, Anderson PA, McCormick P. Management of postprocedural discitis. Spine J. 2002;2:279-87.
6. Kemp HBS, Jackson JW, Jeremiah JD, Hall AJ. Pyogenic infections occurring primary in intervertebral discs. J Bone Joint Surg. 1973; 55B:698-714.
7. Honan M, White GW, Eisenberg GM. Spontaneous infectious discitis in adults. Am J Med. 1996;100:85-9.
8. Etchepare F, Coutaux A, Edel Y, Bourgeois P. Enterobacter cloacae spondylodiscitis through misuse of high dose intravenous buprenorphine. Presse Med. 2005;34:725-7.
9. Weinstein MA, Eismont FJ. Infections of the spine in patients with human immunodeficiency virus. J Bone Joint Surg;2005. Available at: <http://jbjs.org>
10. Hutchinson C, Hanger C, Wilkinson T, Sainsbury R, Pithie A. Spontaneous spinal infections in older people. Internal Med J. 2009;39:845-8.
11. Waldvogel FA, Vasey H. Osteomyelitis: the past decade. N Engl J Med. 1980;303:360-70.
12. Demirci I. Brucella diskitis mimicking herniation without spondylitis; MRI findings. Zentralbl Neurochir. 2003;64:178-81.

13. Raptopoulou A, Karantanas AH, Pouboulidis K. Brucellar spondylodiscitis: noncontiguous multifocal involvement of the cervical, thoracic, and lumbar spine. Clin Imaging. 2006;30:214-7.
14. Wilhelm S. Sire First case of multiple discitis and sacroiliitis due to Abiotrophia defective. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005;24:76-8.
15. Teo M, Trivedi R, Murphy M. Non-contiguous multifocal *Staphylococcus aureus* discitis involvement of the cervical, thoracic and lumbar spine. Acta Neurochir. 2010;152:471-4.
16. Fica A, Bozan F, Aristegui M, Bustos P. Spondylodiscitis. Analysis of 25 cases. Rev Med Chil. 2003;131:473-82.
17. Modic MT, Feiglin DH, Piraino DW. Vertebral osteomyelitis: assessment using MR. Radiology. 1985;157:157-66.

Recibido: 25 de septiembre de 2011.

Aprobado: 4 de mayo de 2012.

Rafael Sánchez Concepción. Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 31, No. 114, Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: rafaelc@infomed.sld.cu