

FACTORES PREDISONENTES PARA ESPONDILODITIS INFECCIOSA: REPORTE DE 2 CASOS



INTRODUCCION

Es una INFECCIÓN que involucra a la vertebra, al disco intervertebral, a los elementos adyacentes.

REPRESENTA del 2 AL 7% de los casos de infecciones musculoesqueléticas.

Las VÍAS de diseminación pueden ser: HEMATÓGENA, INOCULACIÓN EXTERNA DIRECTA o DISEMINACIÓN POR CONTIGUIDAD

Se CLASIFICA, como una enfermedad PIÓGENA (*Staphylococcus Aureus*) y NO PIÓGENA, (*Mycobacterium Tuberculosis*).

FACTORES DE RIESGO: Edad, con mayor incidencia en la 5ta década de la vida; sexo masculino y comorbilidades médicas.

CLINICA: Dolor de espalda, fiebre, sensibilidad local, signos neurológicos y deformidad de las estructuras afectadas.

TRATAMIENTO: eliminar el foco de la infección, restaurar la funcionalidad de la columna y reducir el dolor. Infectious Diseases Society of America (IDSA) → Terapia antibiótica de 6 semanas. Abscesos → drenaje percutáneo.

OBJETIVO PRINCIPAL QUIRURGICO: DESCOMPRESIÓN DEL CANAL ESPINAL + ESTABILIZACIÓN

CASO 1

Mujer de 56 años con antecedente de DM tipo 2 y discólisis con ozono en 2 niveles; presenta dolor en la región lumbar; por lo que se solicita una RMN COLUMNA LUMBO SACRA, donde se evidencia una imagen entre L3-L4 (Figura 1); luego de 4 meses paciente persiste con dolor asociándose a claudicación a la marcha y paraparesia, por lo que se toma otra RMN COL LS donde se aprecia colapso de cuerpo vertebral entre L3-L4, asociado a una colección (Figura 2). Diagnostico presuntivo ESPONDILODITIS PIOGENA POR INOCULACION DIRECTA Luego de 1 mes de tratamiento antibiótico no se aprecia cambios en la RMN; por lo que indica en equipo multidisciplinario desbridamiento mas estabilización de columna con artrodesis posterior. (BK Negativo).

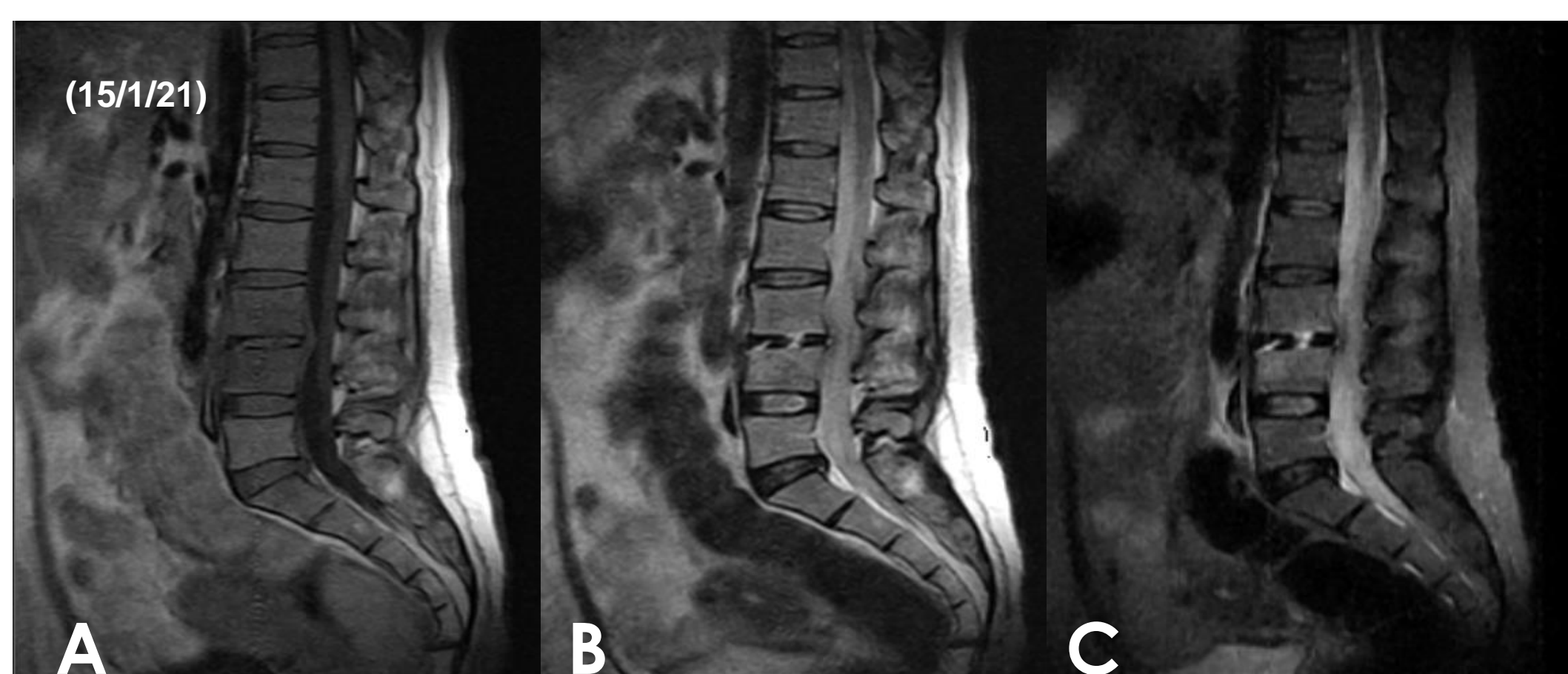


Figura 1. RMN COL. LS S/C Corte Sagital. A) Protocolo T1: se evidencia hipointensidad en platillo inferior de L3 y superior de L4. B y C) Protocolo T2 y Flair: se evidencia Imagen hiperintensa en platillo inferior de L3 y superior de L4.

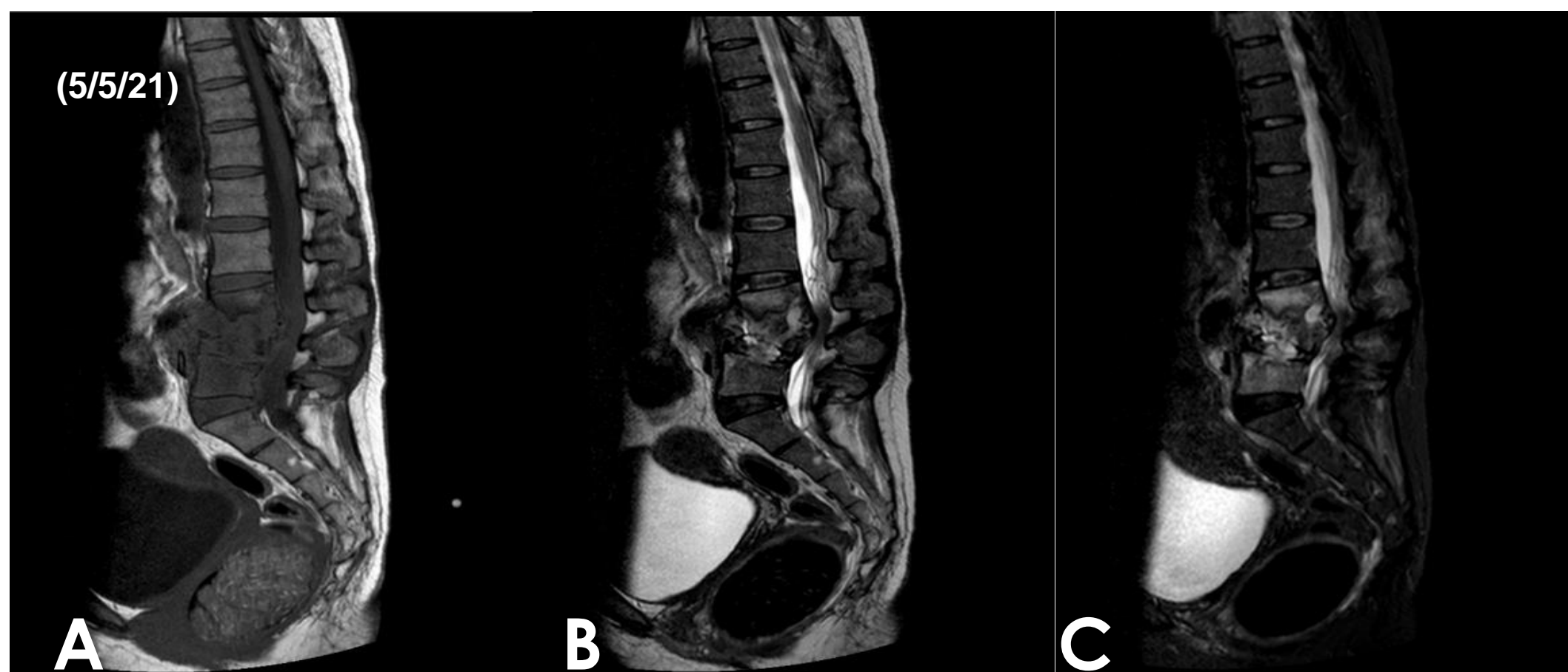


Figura 2. RMN COL LS S/C Corte Sagital A, B y C) Se aprecia colapso de cuerpo vertebral L3 - L4, asociado a colección entre cuerpo vertebral L3 - L4, además de compromiso del platillo vertebral de L5.

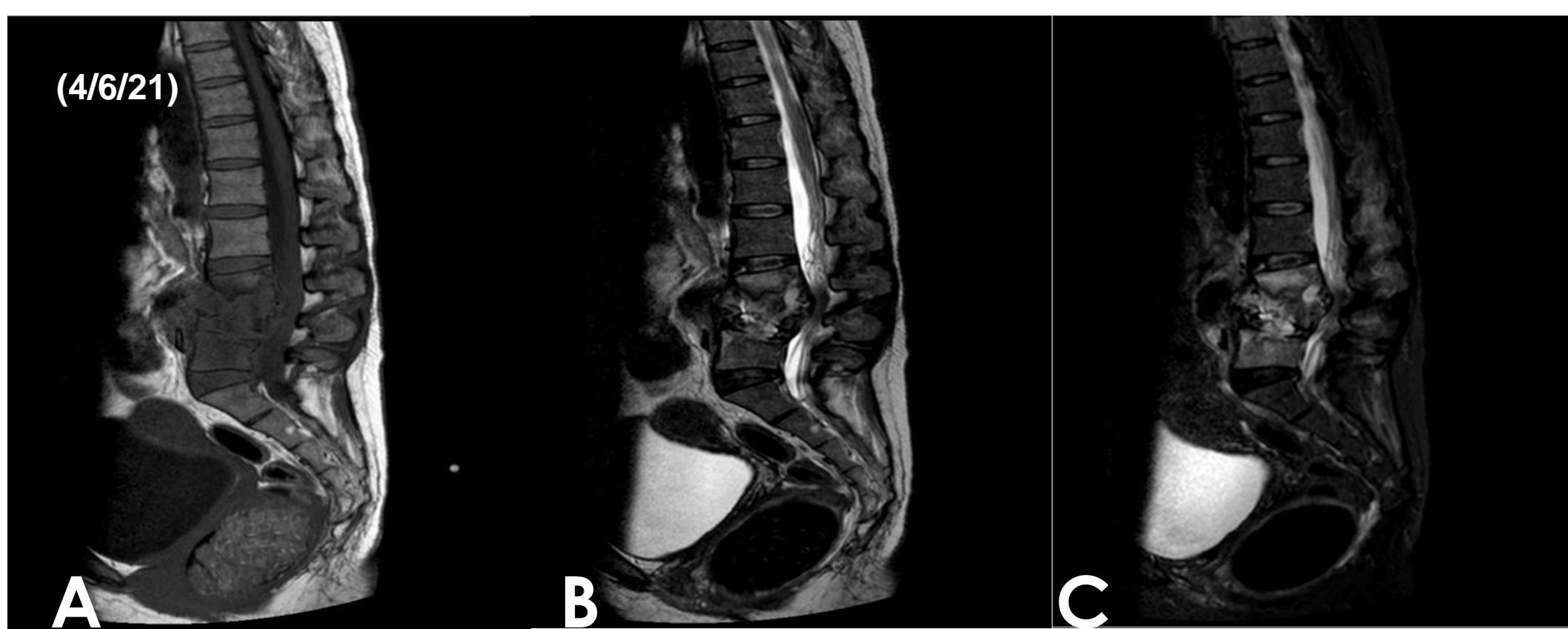


Figura 3. RMN COL LS S/C Corte Sagital A, B y C) Se aprecia colapso de cuerpo vertebral L3 - L4, asociado a colección entre cuerpo vertebral L3 - L4, además de compromiso del platillo vertebral de L5.

CASO 2

Mujer de 56 años con antecedente de artrodesis posterior dorsal de 4 niveles, por fractura vertebral en T10 con compromiso medular que se asocia a una ulcera en la región sacra de grado IV Presenta dolor lumbar axial progresivo, punzante con una intensidad 8/10 (escala EVA). Acude por consultorio externo de neurocirugía y se solicita estudio de RMN COLUMNA DORSO LUMBAR. (Figura 1 y Figura 2) donde se evidencia el sistema de fijación en la región dorsal, así como una imagen sugerente de un absceso. Analítica al ingreso Hemograma (16/7/21) WBC 14.79 HGB 10.1 PLT 303 NEUT 81.4% LYMPH 13.3% PCR 5.3mg/dl. Inicia terapia ATB. Analítica control Hemograma (19/7/21) WBC 12.42 HGB 10.8 PLT 347 NEUT 68.3% LYMPH 23.1% PCR 4.7mg/dl. TEM COL LS S/C se evidencia osteólisis de cuerpo vertebral de L3 (Figura 3) Diagnostico presuntivo ESPONDILODITIS PIOGENA HEMATOGENA. Tratamiento de 2 tiempos; Primer tiempo: exéresis de absceso de cuerpo vertebral + drenaje tubular externo por 10 días. Segundo tiempo estabilización de columna mas artrodesis posterior mas corpectomía.



Figura 1. RMN COL. LS S/C Corte Sagital. A, B y C) Se evidencia sistema de fijación in situ.



Figura 2. RMN COL. LS S/C Corte Sagital. A) Protocolo T1: se aprecia imagen hipointensa; B y C) Protocolo T2 y Flair se aprecia imagen hiperintensa sugerente de un absceso a nivel de L3 con destrucción del cuerpo vertebral que generan efecto de masa compatible con absceso, así como la erosión de las estructuras óseas y partes blandas adyacentes.



Figura 3. TEM COL LS S/C Corte axial. Osteólisis de cuerpo vertebral de L3

DISCUSION

Es una infección que se desarrolla en torno a las estructuras relacionadas a la columna vertebral y se evidencia en ambos casos un deterioro progresivo, no solo clínico, sino imagenológico.

En uno de los casos la migración de los gérmenes se da desde los tejidos contiguos, y en el otro de forma secundaria debido a una complicación post procedimiento.

Se pudo valorar que a más comorbilidades más posibilidades de padecer esta enfermedad.

Las manifestaciones clínicas fueron inespecíficas, siendo el dolor en ambos la principal; posterior a esto apareció deformación y déficit.

En ambos el conceso fue la instauración rápida de un esquema de tratamiento antibiótico y una cura quirúrgica para tratar de circunscribir la infección y detener el avance para no perder su funcionalidad. Ya como segunda intención se planteó corregir el defecto óseo.

CONCLUSION

El manejo con antibióticos y la inmovilización espinal representa el tratamiento de primera línea, especialmente en los casos tempranos y leves; pero el tratamiento quirúrgico definitivo permite un desbridamiento eficaz, una rápida reducción de la inflamación, una movilización temprana, tiempos más reducidos de antibioticoterapia, y al final un mejor manejo de los recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tunkel AR, Hasbun R, Bhimraj A, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis. Clin Infect Dis. 2017;64(6):e34-e65. doi:10.1093/cid/ciw861
Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Espondilodiscitis: opciones de diagnóstico y tratamiento. Dtsch Arztebl Int . 2017; 114 (51-52): 875-882