



**Carmona Segado, J.M. (1); Herranz Fernández, M.(2); Suárez Pelaez, J.(3); Llobet Vila, L.(4); Vallés Balasch, R. M<sup>a</sup>(5); Valle Sánchez, A.(6)**  
(1,4,5,6) UGAP Castellar del Vallès (2) UGAP Santa Perpetua de Mogoda (3) MIR 2 MFYC Metropolitana Nord

### Introducción:

Un 4% de consultas atendidas en atención primaria son debidas a la lumbalgia. Un 40% de nuestros pacientes nos consulta por este motivo en algún momento de su vida y en un 15% de ocasiones esta les obliga a guardar cama. Se presenta un caso de espondilodiscitis infecciosa como rara causa de la misma.

### Descripción del caso:

Mujer ama de casa de 61 años que acude por lumbalgia hace 7 días. No antecedentes de interés.  
Anamnesis y exploración física: dolor a palpación y movilización lumbar, no incapacidad funcional, no irradiación ni afectación del descanso nocturno.  
Diagnóstico inicial: lumbalgia mecánica. Se prescribe naproxeno y diazepam a dosis habituales durante 10 días.  
Segunda visita(a la semana): vamos a domicilio por empeoramiento a pesar de tratamiento con marcado dolor e impotencia funcional, dolor en reposo que impide el sueño. No otros síntomas. Pautamos tratamiento inyectable con corticoide más complejo vitamínico B. Se solicita radiología raquis lumbo-sacro.  
Radiología raquídea (5 días después): leve artrosis lumbar. Se pauta tramadol, desketoprofeno y diazepam.  
72h después por ausencia de mejoría solicitamos resonancia raquídea que informan como espondilodiscitis l3-14. Se ingresa para estudio etiológico en Reumatología.  
Diagnóstico final: espondilodiscitis por staphylococcus lugdunensis.

### Tratamiento según antibiograma

### Etiología de ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA:

*Staphylococcus aureus* (50% de los casos).  
Bacilos gram negativos (ancianos tras instrumentaciones genitourinarias).  
*Pseudomonas aeruginosa* (venoclisis).  
*Streptococcus* spp. tipos B y G (diabéticos).  
*Brucella melitensis*.  
TBC  
Fúngicas

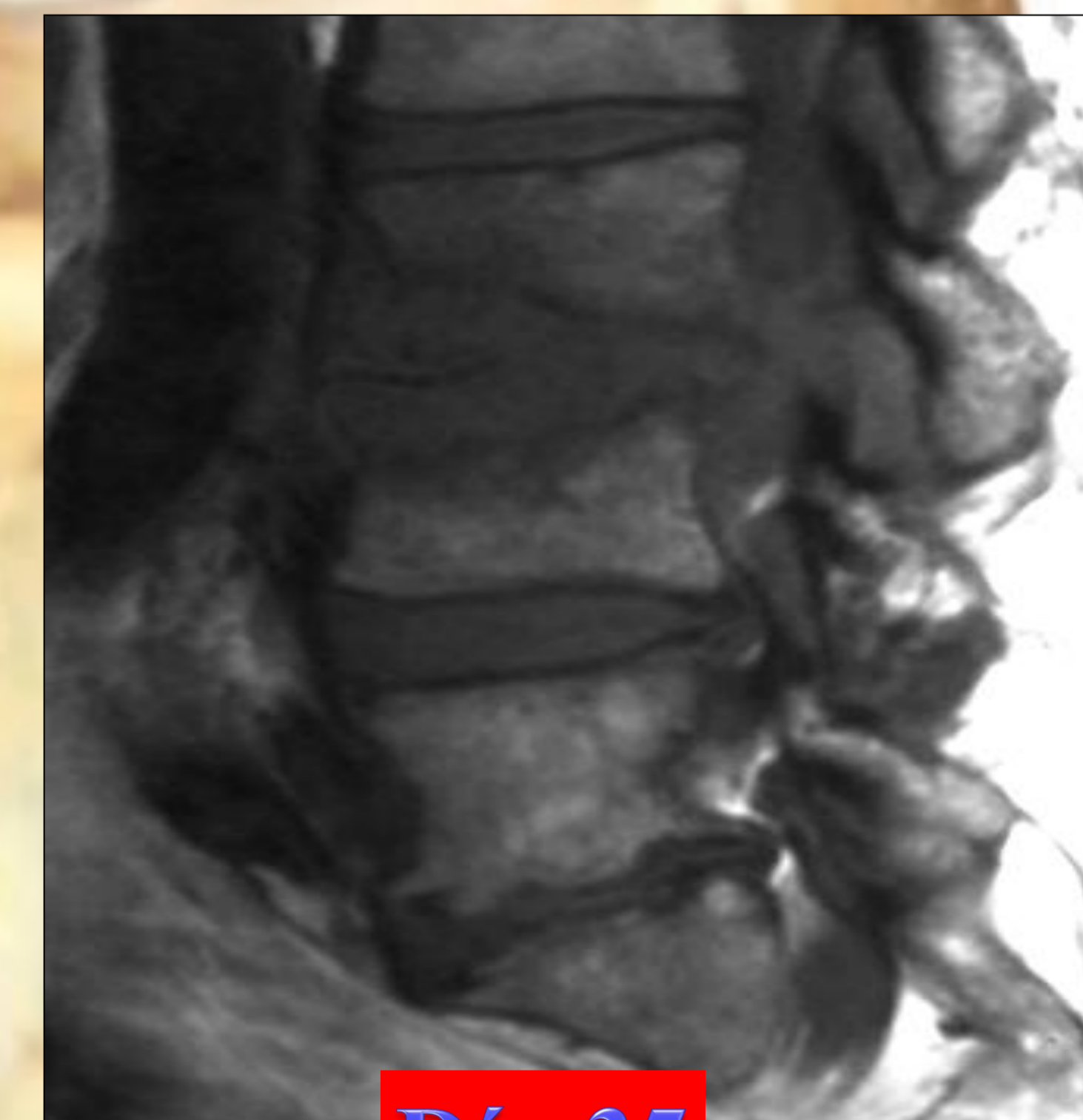
### Actitud inicial ante sospecha de Espondilodiscitis infecciosa

- 1-Interrogatorio que incluya factores de riesgo como infecciones recientes, procedimientos invasivos, adicción a drogas intravenosas, hospitalizaciones y enfermedades graves concomitantes.
- 2-Exploración general completa que incluya la búsqueda de focos infecciosos superficiales, signos de venoclisis y auscultación cardiopulmonar con búsqueda de soplos cardíacos.
- 3- Obtención de hemocultivos, serología para *Brucella*, *Mantoux* y determinación de VSG más proteína C reactiva.
- 4- Radiografía simple de la zona afectada.
- 5- Resonancia magnética nuclear.
- 6- Gammagrafía ósea y TAC para cultivo aspirado.

**Cloxacilina 2 gr iv / 6h durante ingreso  
Levofloxaciono 750mg/ 24h y rifampicina 600mg/ 24h  
4 semanas al alta**



**Día 18**



**Día 35**



**Día 90**

### Comentario final:

Dos aspectos a destacar: 1- sospechar esta patología en casos de lumbalgia de carácter inflamatorio, inicio insidioso, evolución tórpida e intensidad creciente, sobre todo si se asocia con fiebre (sólo presente en el 50% de los casos) 2- los hallazgos radiológicos tardan aproximadamente un mes en aparecer, con lo cual la negatividad de la radiología inicial no debe despistarnos en la sospecha de esta patología.

### Bibliografía

1. Belzunegui J. Espondilodiscitis infecciosa. Reumatol Clín. 2008; 4 Supl 3:13-7.
2. Cahill DW, Love LC, Rehtine GR. Pyogenic osteomyelitis of the spine in the elderly. J Neurosurg.