

ESPONDILODISCITIS Y ABSCESO DE PSOAS POR ESCHERICHIA COLI



Pizarro Romero, Gregorio ^a; López-Marina, Víctor ^b; Alcolea García, Rosa María ^c; Pizarro Egea, Irene ^d; Girona Amores, Alfonso ^e; Rama Martínez, Teresa ^f.

CAP Llefià ^{a, d, e}; CAP Piera ^b; CAP Besós ^c; CAP Masnou ^f.

Introducción

La espondilodiscitis representa el 2-7% de las osteomielitis, con mayor incidencia a los 60-70 años. Suele manifestarse con dolor continuo dorsal o lumbar asociado a fiebre, VSG elevada y leucocitosis. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), inmunosupresión y neoplasias son algunos factores predisponentes.

Descripción sucinta del caso

Varón de 65 años y DM2 mal controlada, con cuadro tóxico de 2 meses, febrícula y lumbociatalgia izquierda. **Exploración:** adenopatías inguinales bilaterales. **Analítica:** 19.400 leucocitos/mm³ (81% neutrófilos, 6% bandas), glucosa 314 mg/dl, PCR 270 mg/l. **Radiografía Tórax:** normal. Se deriva al hospital para estudio. **Uro y hemocultivos:** positivos a *Escherichia coli* (EC). **Tomografía (TC) Tórax/Abdomen:** masa retroperitoneal multiseptada (MRM) que engloba aorta abdominal infrarenal, erosión cortical vertebral L3-L4. **Resonancia (RM) Lumbar:** MRM hiperintensa en T2 por debajo de los vasos renales, que infiltra ambos psoas, destrucción ósea platillos L3-L4 compatible con espondilodiscitis. **Punción aspirativa y cultivo:** positivo a EC. **Gammagrafía ósea:** destrucción de platillos L3-L4 y pseudoartrosis. **Tratamiento:** drenaje percutáneo de material purulento, Ceftriaxona 6 semanas y artrodesis L3-L4.



Figura 1 y 2. Resonancia Magnética de pelvis. Masa retroperitoneal multiseptada hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 que rodea los cuerpos vertebrales dorso-lumbares y sigue el trayecto de ambos músculos psoas

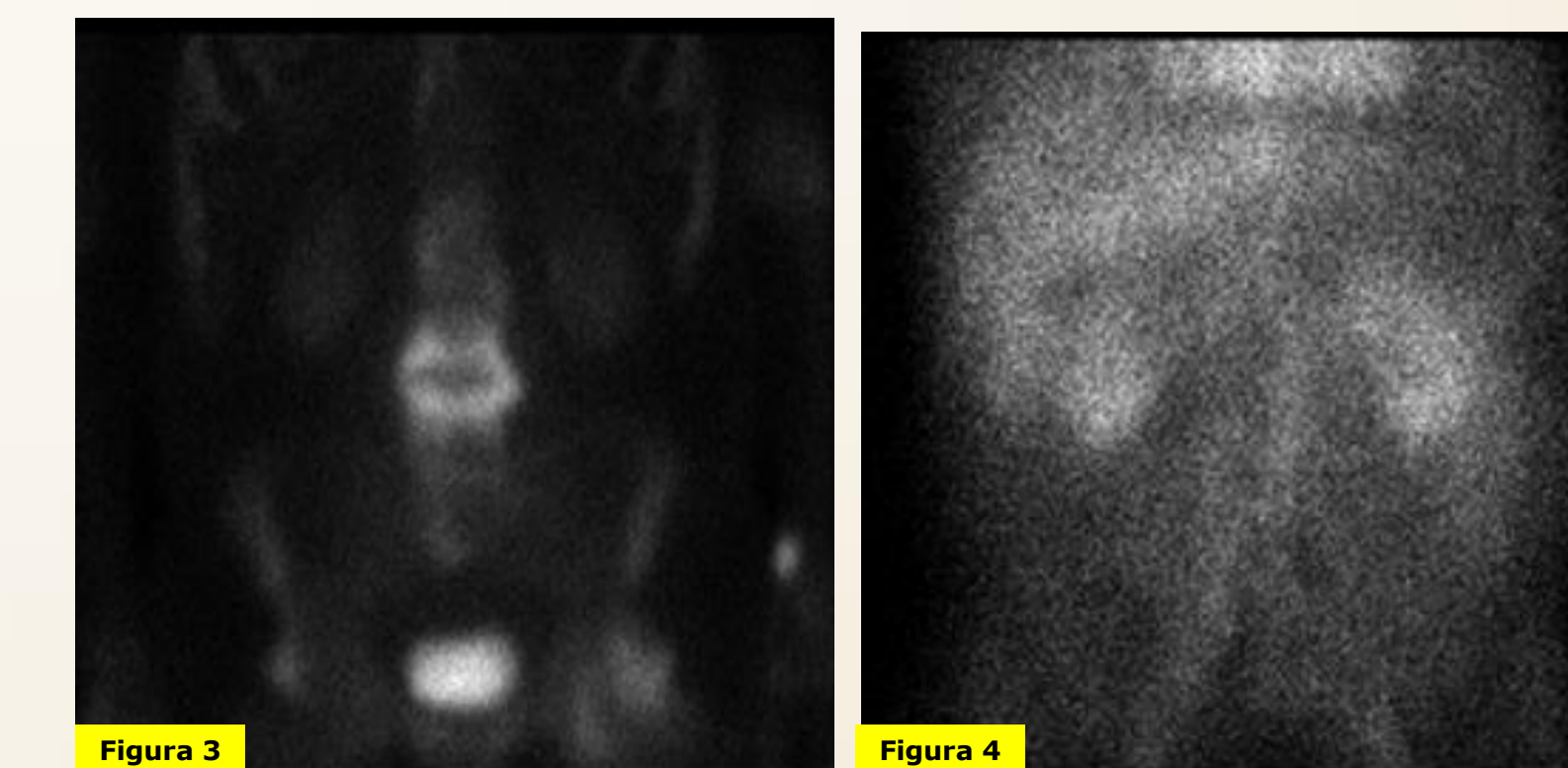


Figura 3 y 4. Gammagrafía ósea con 67-Galio: Intensa fijación de 67-galio en vértebras L3 y L4 y en partes blandas (m. Psoas bilateral)

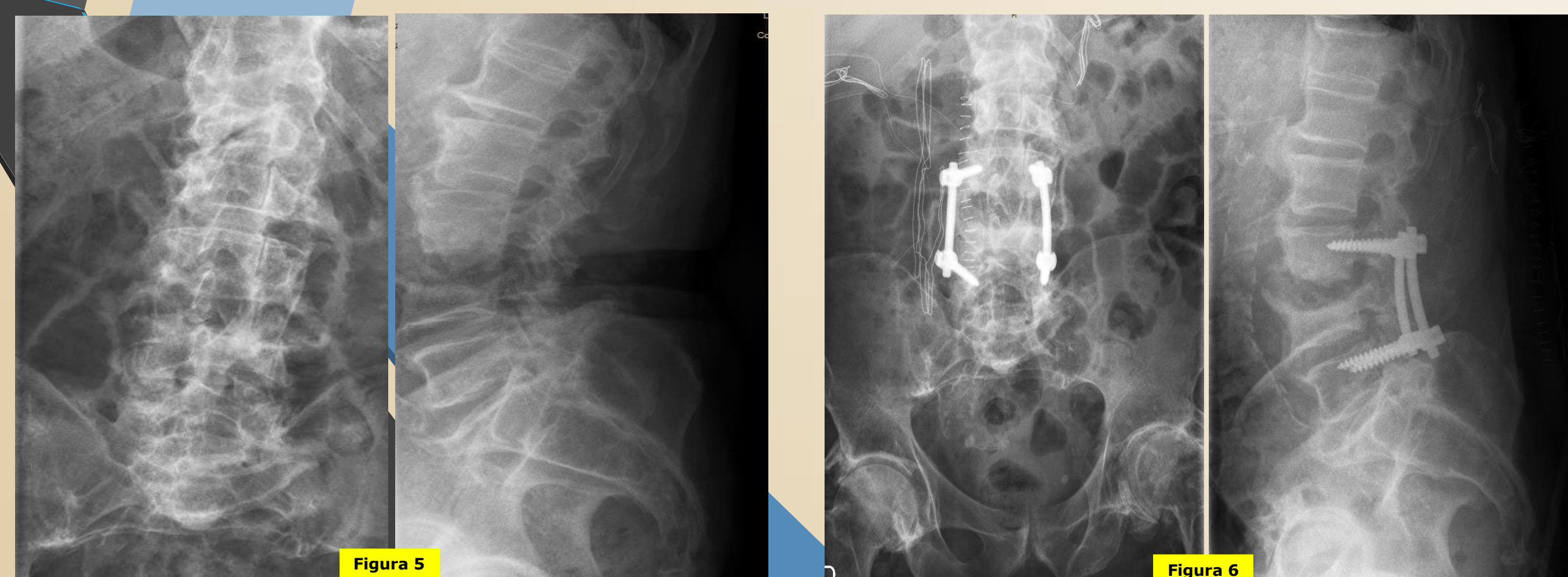


Figura 5. Radiografía AP y L de columna lumbar. Desestructuración platillo vertebral inferior de L3 y superior de L4

Figura 6. Radiografía postoperatoria AP y L de columna lumbar. Artrodesis vertebral

Estrategia práctica de actuación

La asociación absceso de psoas y espondilodiscitis por EC es muy infrecuente. El mecanismo habitual es por diseminación hematogena a partir de un foco séptico urinario, respiratorio o quirúrgico. La clínica inespecífica y la presentación subaguda dificultan el diagnóstico en atención primaria. La sospecha debe hacerse ante un dolor lumbar con elevación de reactantes de fase aguda en pacientes con enfermedades de base. La RM y la TC son las técnicas de imagen de mayor sensibilidad. El diagnóstico etiológico debe confirmarse mediante hemocultivos o biopsia vertebral. La antibioterapia de amplio espectro unido al drenaje (percutáneo o quirúrgico) deben considerarse los tratamientos de elección.

Bibliografía

Palabras clave: spondylodiscitis, vertebral osteomyelitis, infectious spondylodiscitis.

1. Lee DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. Lancet 2004; 364: 369-79.
2. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. J Infect 2008; 56: 401-12.
3. Ruiz JM, Ros S, Montero A, Sanz P. Osteomielitis vertebral hematogena. Experiencia en un hospital comarcal. Reumatol Clin 2010; 6: 86-90.