



Incapacidad severa por inestabilidad lumbar proximal tras secuelas de discitis multinivel: manejo quirúrgico.

Jaime Flores Gallardo, Cristina Igualada Blazquez, Iñigo Sarabia Berrioategortua.

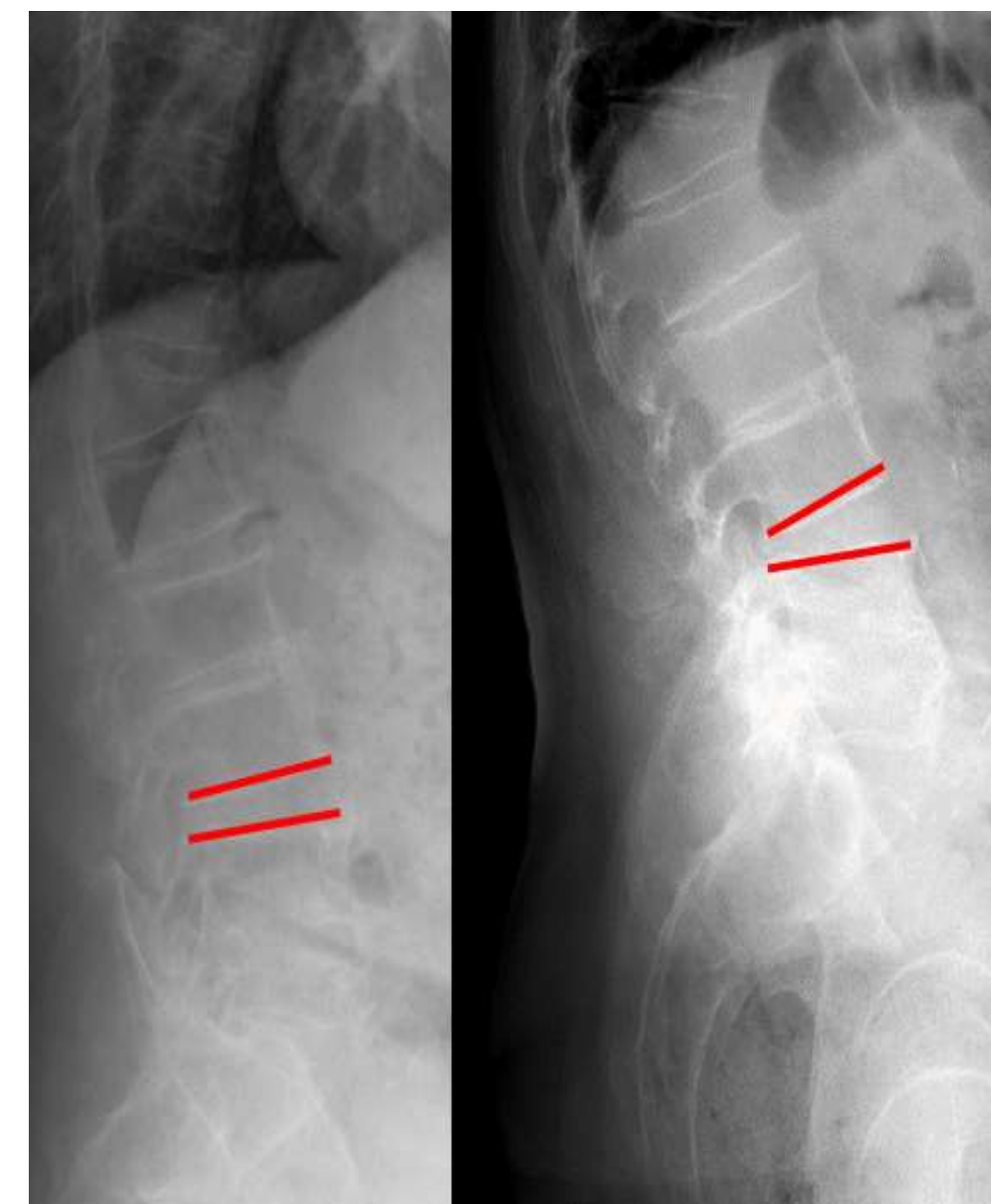
Objetivos:

Presentar un caso de inestabilidad lumbar proximal a consecuencia de un cuadro de discitis multinivel, realizando una revisión acerca del diagnóstico y tratamiento óptimos de esta enfermedad.



Resultados:

La evolución clínica y radiológica fue satisfactoria. El dolor disminuyó notablemente, siendo capaz de realizar deambulación autónoma con andador y retirada de opioides. No hubo complicaciones.



Material y métodos:

Varón, 77 años. Ingreso hace 3 meses por espondilodiscitis T11-12 y L4-5 con abscesos epidurales, actualmente resuelto. Presenta lumbalgia intensa que precisa de opioides a altas dosis, siendo incapaz de deambular por sus propios medios.

Tras confirmar con analítica, RM y PET-TAC la ausencia de infección activa, obtenemos radiografías simples, dinámicas en flexo-extensión, y telerradiografías. Apreciamos cambios degenerativos, con acuñamiento vertebral en T12 a consecuencia de la infección, datos que sugieren la fusión del espacio L4-5, y apertura del espacio L3-4, acentuándose en extensión y bipedestacion. También se aprecia disbalance sagital anterior de 9cm.

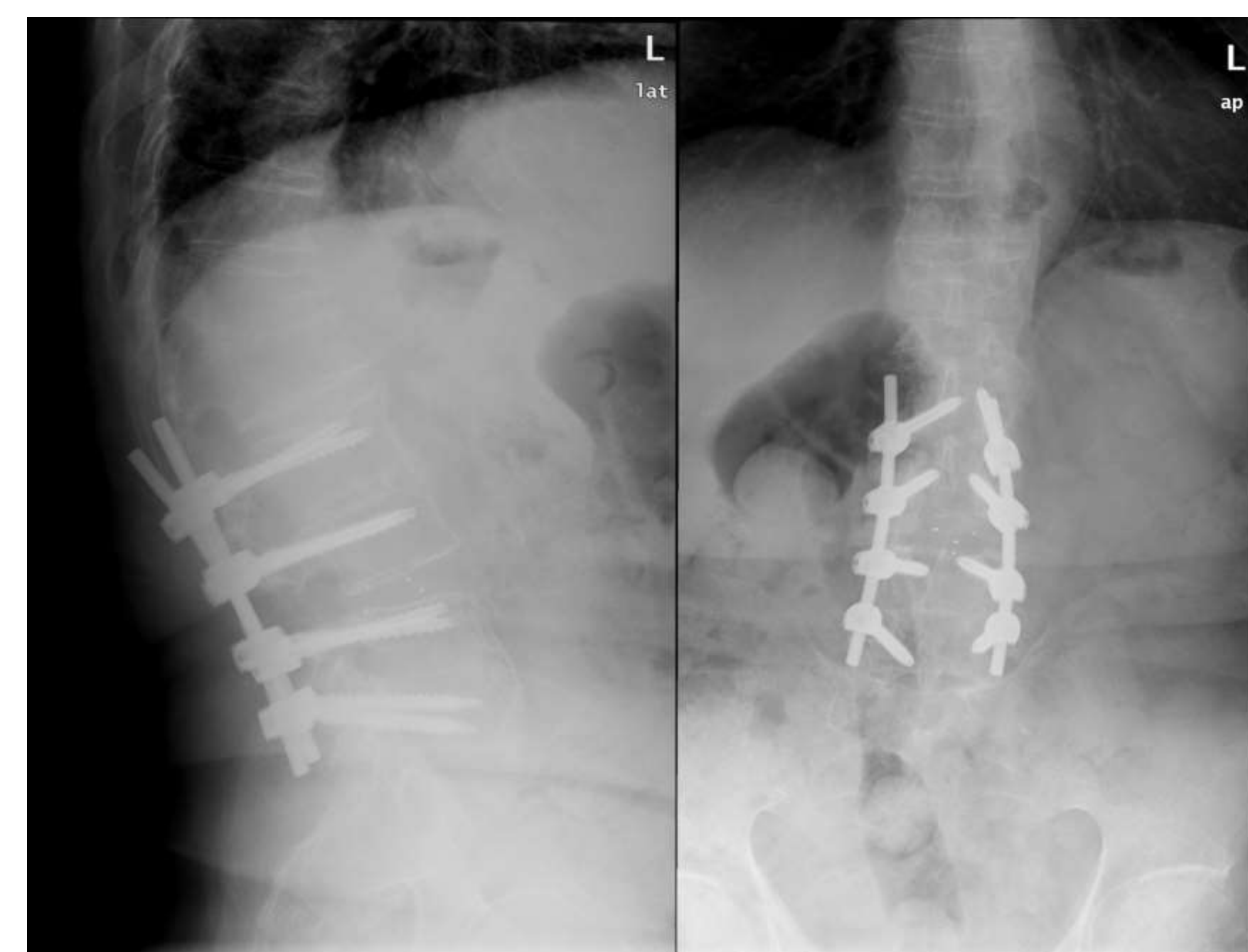
El objetivo es mejorar la lumbalgia aceptando el paciente la posibilidad de necesitar ayudas como andador, por no mejoría completa del perfil sagital.

Realizamos artrodesis, instrumentando L2-5 (incluyendo L2-3 dados los datos de degeneración discal en las RMNs, e incluyendo L4-5 para reforzar el montaje)

Tras tomar muestras y administrar doble profilaxis, se efectúa una liberación en L4-5, empleando caja de artrodesis (TLIF), finalizando con tornillos pediculados y barras.

Conclusiones:

La espondilodiscitis es una que suele afectar a columna lumbar, estando mayormente causada por *S. aureus*. Su manejo es médico con antibiótico, precisando en cirugía cuando hay deterioro neurológico, deformidad progresiva o inestabilidad. Esta última puede llegar a ocurrir hasta en 44% de casos. Se ha asociado sobre todo con dos mecanismos causales: isquemia vertebral causando acuñamiento, o bien degeneración del anillo fibroso por enzimas proteolíticas. El único factor de riesgo demostrado para el desarrollo de inestabilidad vertebral, es la afectación infecciosa multinivel. La inestabilidad en nuestro caso, no está relacionada con ninguno de los dos anteriores, ni si quiera con una afectación infecciosa directa del espacio afecto, sino más bien con una fusión del espacio inmediatamente adyacente (L4-5), y la posible afectación facetaria del nivel superior, constituyendo un cuadro atípico de inestabilidad postdiscitis.



Bibliography

1. Angelini A, Baracco R, Berbari EF, Kanj SS, Kowalski TJ, Darouiche RO, Widmer AF, Schmitt SK, et al. 2015 Infectious Diseases Society of America (IDSA) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults. *Clinical Infectious Diseases*. 2015 Sep 15;61(6):e26-46.
2. Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Spondylodiscitis: Diagnosis and treatment options - A systematic review. *Dtsch Arztebl Int*. 2017 Dec 25;114(51-52):875-82.
3. Skaf GS, Domloj NT, Fehlings MG, Bouclaous CH, Sabbagh AS, Kanafani ZA, et al. Pyogenic spondylodiscitis: An overview. Vol. 3, *Journal of Infection and Public Health*. 2010. p. 5-16.