

INTRODUCCIÓN

La **espondilodiscitis** es una patología infrecuente (3-5% de las osteomielitis), asociada a cirugías raquídeas, diseminación hematológica y drogas por vía parenteral (ADVP). Su clínica inespecífica y curso subagudo retrasan el diagnóstico y tratamiento, favoreciendo la destrucción vertebral irreversible.

El *Staphylococcus aureus* el patógeno más frecuente en su etiología.

OBJETIVO: Presentamos un caso clínico de infección vertebral en el que el retraso diagnóstico hizo necesaria una cirugía de alto riesgo para resolver el cuadro.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 50 años, ex ADVP (hasta 2011), que tras una picadura de avispa mientras estaba en una escalera sufrió una caída de altura.

Inició un cuadro de dolor dorsolumbar mecánico sin hallazgos radiológicos. Seguidamente desarrolló una infección en la zona de la picadura con fiebre y elevación de reactantes.



Tres meses y varias consultas a Urgencias después

Persistía el dolor, evidenciándose un aplastamiento anterior de T9 en **radiografía**, diagnosticado erróneamente como fractura vertebral (**Imagen 1A y 1B**). Se indicó inmovilización y analgesia.

Dos meses más tarde (cinco meses tras el inóculo bacteriano)

Debutó un déficit motor en miembros inferiores e incontinencia urinaria. Se solicitó un TAC urgente.

TAC (Imagen 1C y 1D): cifosis dorsal aumentada, destrucción ósea en T9-T10 y componente prevertebral sugestivo de fractura con hematoma, infección o infiltración tumoral.

Ingresó para estudio con con febrícula, PCR elevada (18,40 mg/dL) y un hemocultivo positivo a *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible (SAMS), iniciándose antibioterapia con cloxacilina.

Una **RMN (Imagen 1E y 1F)** confirmó una espondilodiscitis T9-T10 con un absceso intracanal y compresión medular.

Ante la severidad del cuadro se decidió tratamiento quirúrgico.

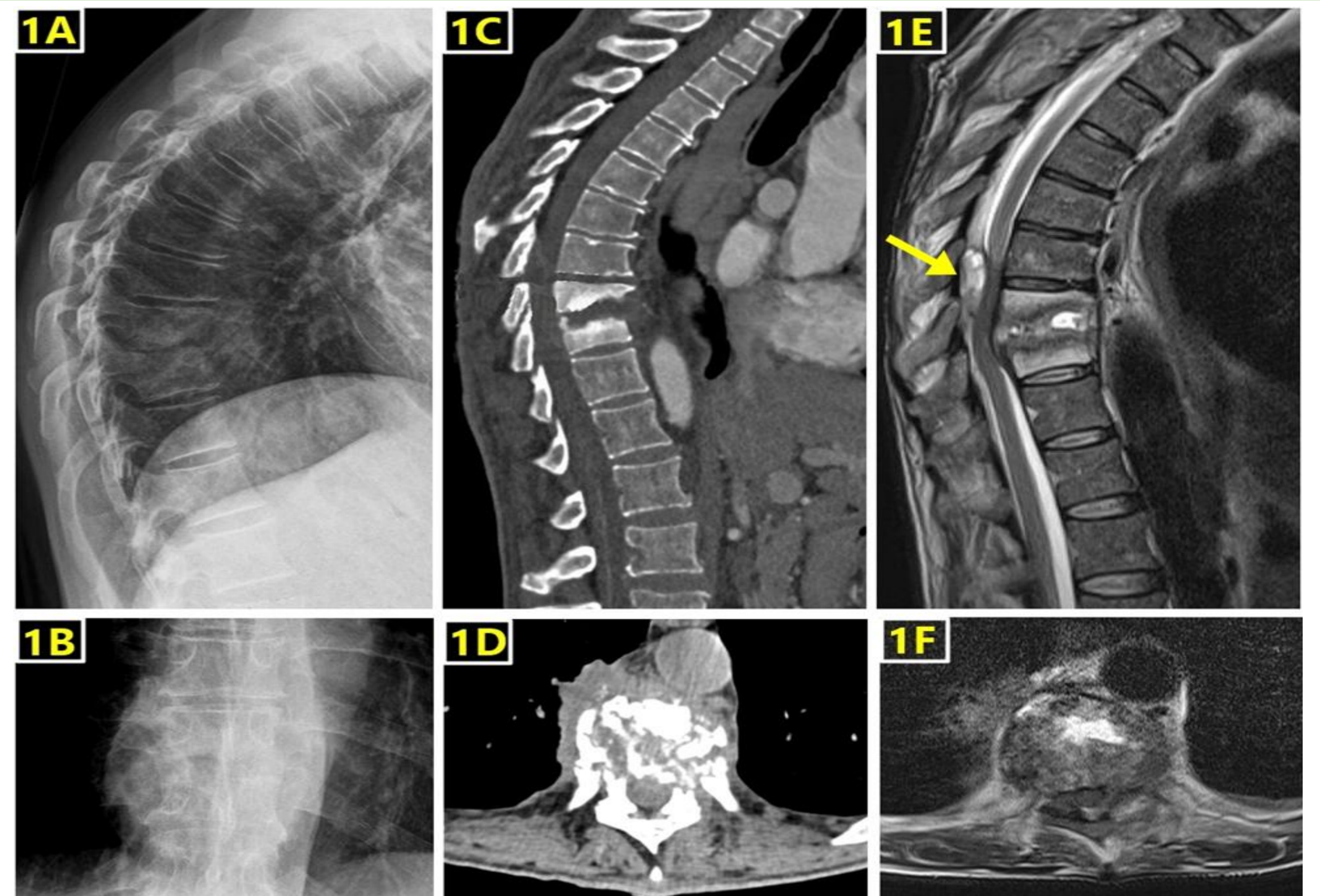


Imagen 1. Espondilodiscitis infecciosa aguda en T9-T10 con destrucción vertebral anterior y posterior vista en radiografía, TAC y RMN.

Cirugía: vertebrectomía T9-T10, artrodesis T4-L2 con fijación pedicular, colocación de jaula e injerto óseo con antibióticos locales (Imagen 2). Durante la extracción de un cuerpo vertebral, se perdieron potenciales motores bilaterales, recuperándose parcialmente en el lado izquierdo.

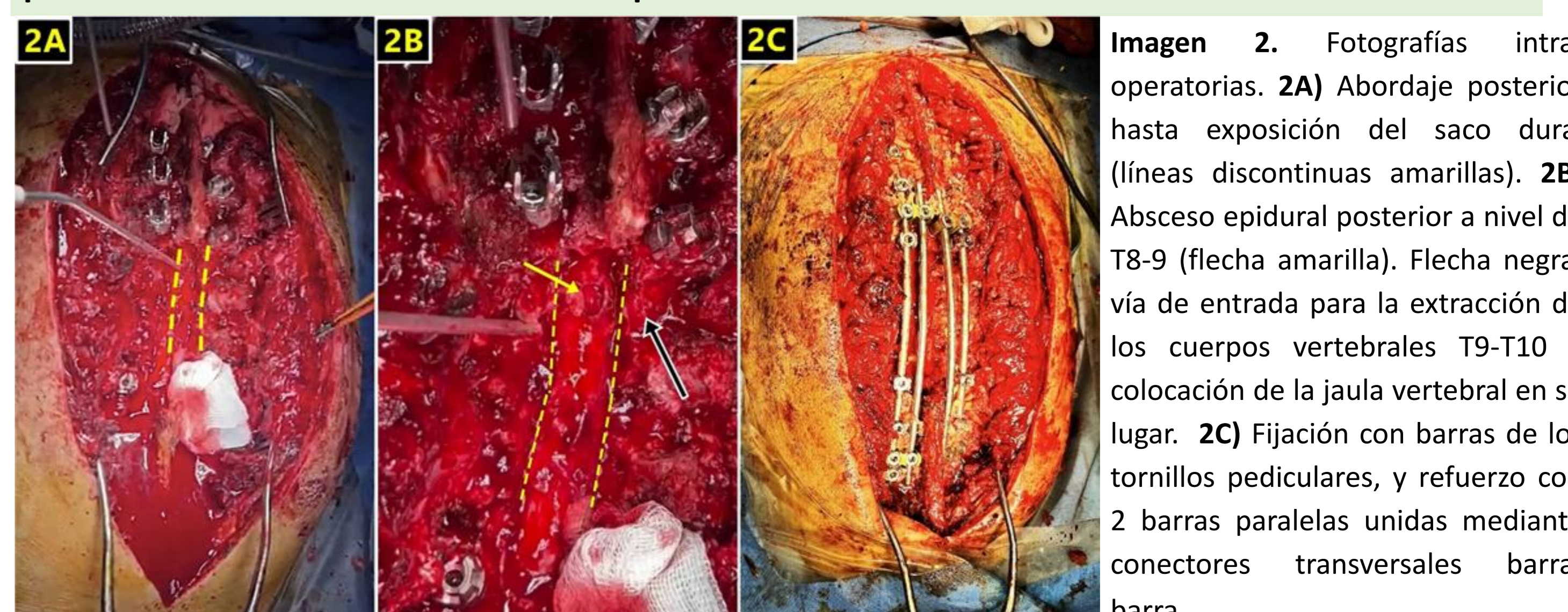


Imagen 2. Fotografías intraoperatorias. **2A**) Abordaje posterior hasta exposición del saco dural (líneas discontinuas amarillas). **2B**) Absceso epidural posterior a nivel de T8-9 (flecha amarilla). Flecha negra: vía de entrada para la extracción de los cuerpos vertebrales T9-T10 y colocación de la jaula vertebral en su lugar. **2C**) Fijación con barras de los tornillos pediculares, y refuerzo con 2 barras paralelas unidas mediante conectores transversales barra-barra.

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN

- Al despertar, presentó paraparesia con fuerza 2/5 bilateral (Sd. Medular incompleto), mejorando a 3/5 derecha y 5/5 izquierda en Reanimación.
- Se colocó una ortesis toracolumbar e inició rehabilitación.
- Un aumento puntual de PCR motivó cambio antibiótico a daptomicina y cefazolina.
- 13º día postquirúrgico:** logró **bipedestación y deambulacion con andador**.
- La única complicación fue un manchado purulento (Imagen 3D) que requirió lavado quirúrgico sin aislamiento microbiológico.
- Fue dado de **alta al mes** con antibiótico oral (Cefadroxilo y Rifaximina) 60 días.

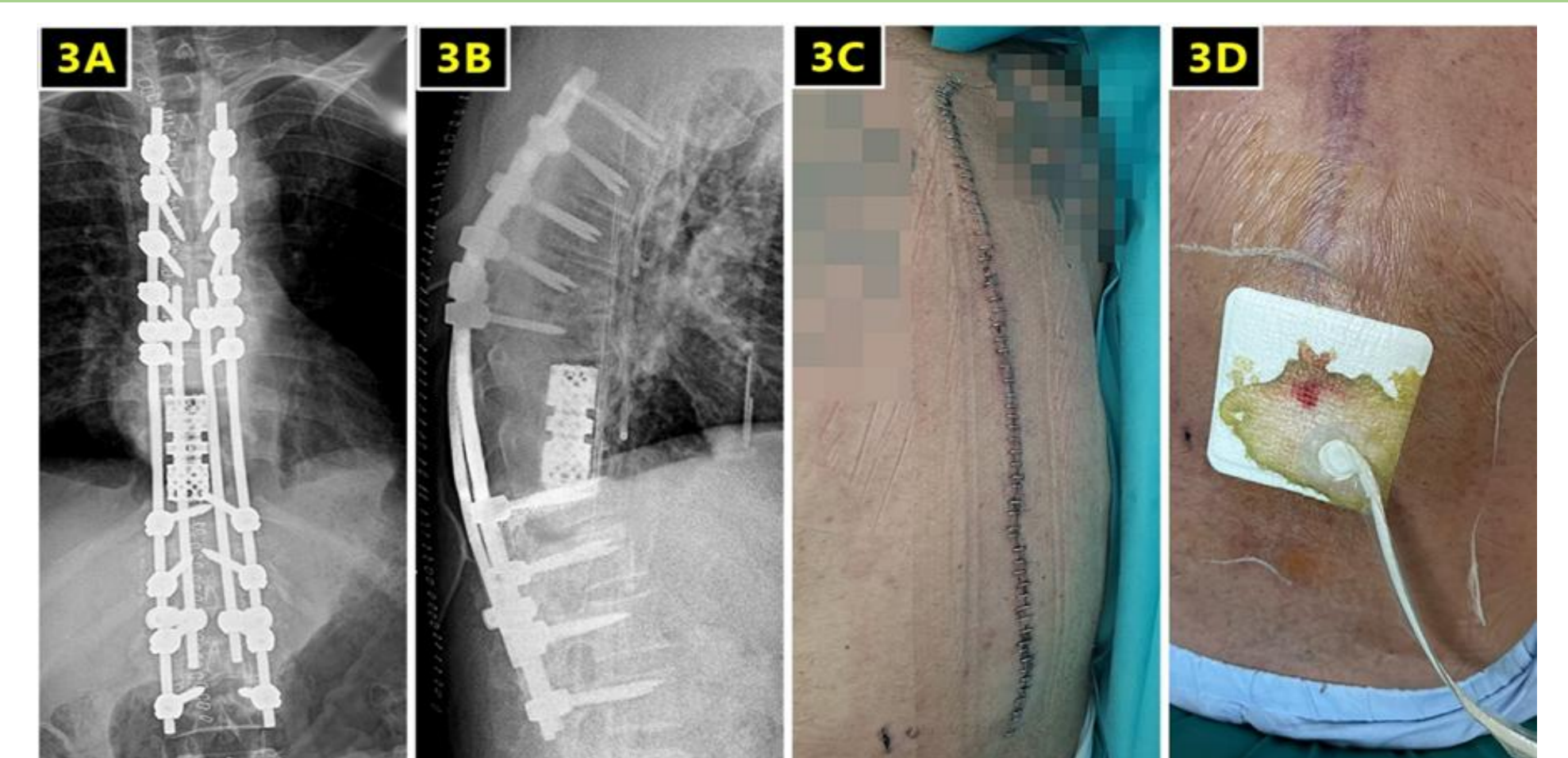


Imagen 3. Radiografía de control postquirúrgica. Cicatriz de la incisión y manchado purulento de depósito PICO que obligó a nuevo lavado quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El **dolor lumbar inespecífico** puede ocultar patologías graves como la espondilodiscitis en las que el retraso diagnóstico ensombrece el pronóstico. Es crucial correlacionar síntomas y antecedentes para solicitar pruebas adecuadas (RMN y hemocultivos) que permitan iniciar un **tratamiento antibiótico precoz** que resuelva la infección, aunque en el 25% de los casos se requiere una cirugía agresiva para la curación.

BIBLIOGRAFÍA

- Lacasse M, Derolez S, Bonnet E, Amelot A, Bouyer B, Carlier R, et al. 2022 SPILF - Clinical Practice guidelines for the diagnosis and treatment of disco-vertebral infection in adults. *Infect Dis Now*. 2023;53(3):104647.
- Urrutia J, Fuentealba F. Infecciones piógenas de la columna vertebral. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(5):448-55.
- Lener S, Hartmann S, Barbagallo GMV, Certo F, Thomé C, Tschugg A. Management of spinal infection: a review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)*. 2018;160(3):487-96.

