

ESPONDILODISCITIS EN NIÑOS. UNA ENTIDAD DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR

M. Hernández Herrero, I. Santillana Hernández, E. Renau Hernández, A. Maruenda Jiménez, M.A. Valero Queralt.



OBJETIVOS

La espondilodiscitis lumbar es un proceso infrecuente en la infancia, su sintomatología inespecífica, especialmente en niños pequeños, supone un reto diagnóstico importante, siendo necesario un alto índice de sospecha para evitar posibles complicaciones y secuelas resultantes de retrasos en su diagnóstico y tratamiento como sucedió en nuestro caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de un niño de 2 años con obesidad (IMC 28,22%) que sufrió contusión dorsolumbar tras caída casual. Refería dolor lumbar, dificultad para sedestación y rechazo a deambulación. Requirió hospitalización pediátrica con estudios iniciales (radiografía, tomografía computarizada lumbar y analítica) normales. Ante persistencia sintomática, se solicitó RM lumbar que reveló fractura pedicular L2, indicándose reposo. Al mes, fue evaluado en ortopedia infantil por sintomatología similar. Nueva radiografía lumbar mostró alteraciones en L2, sospechándose espondilodiscitis y requiriendo un segundo ingreso hospitalario para estudio y manejo.



05/05/2024



07/05/2024

RESULTADOS

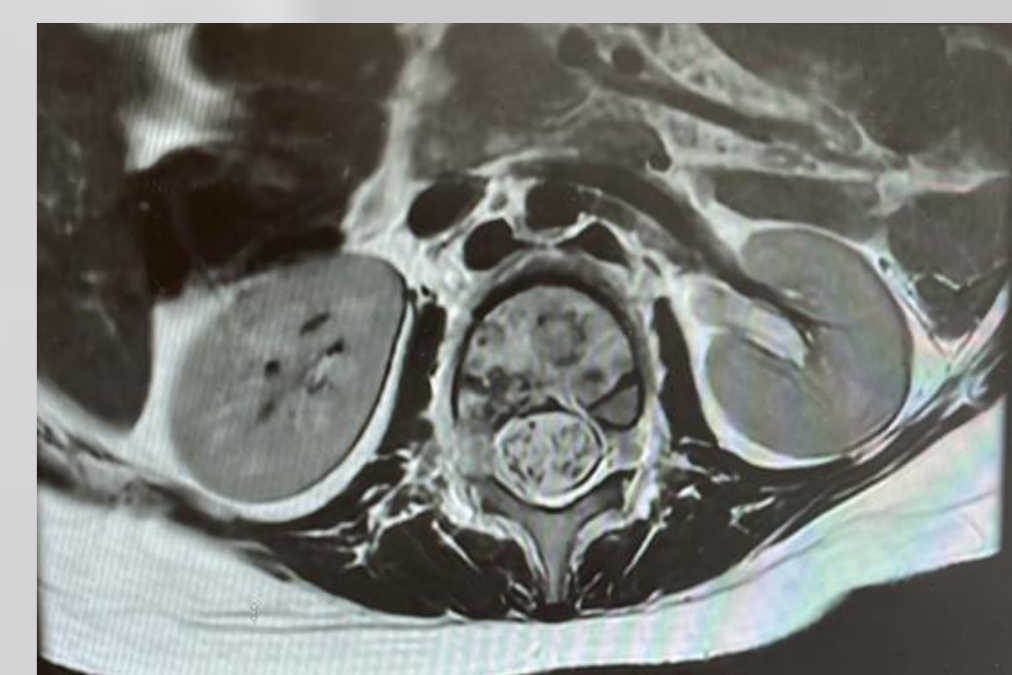
La analítica en el 2º ingreso presentaba VSG 39mm/h y PCR+. Se identificaron Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus (MRSA) como agentes etiológicos. La RMN realizada durante el segundo ingreso reveló espondilodiscitis L1/L2 con sinovitis facetaria secundaria y cambios flemonosos locorreionales. El tratamiento intrahospitalario consistió en antibioticoterapia intravenosa con cefazolina y clindamicina durante 10 días, complementado con inmovilización mediante corsé. Al alta, se prescribió sulfametoxazol/trimetoprima oral por 2 meses. La evolución clínica fue favorable.



25/06/2024



25/06/2024



25/06/2024



28/03/2025

CONCLUSIONES

El diagnóstico de espondilodiscitis se basa en hallazgos clínico, radiológicos y microbiológicos. Esta entidad se debe sospechar en niños pequeños con alteraciones agudas en la deambulación, rechazo a la bipedestación o a la marcha como fue en nuestro caso y el retraso en el diagnóstico (promedio 26.9días) viene dado en la mayoría de los casos por una interpretación errónea de la clínica y la radiología.