



MOTIVO DE CONSULTA: “MI HIJO NO TOLERA LA SEDESTACIÓN”

MELINA CANO MAALOUF, BEATRIZ GARCÍA MARQUÉS, CRISTINA WERT MARTÍN, ESPERANZA MARÍN GARCÍA-CABRERA, SARA MARTOS TORREJÓN

INTRODUCCIÓN

Varón de 13 meses, sin antecedentes de interés y con cumplimiento de calendario vacunal. Padres refieren clínica catarral hace 3 semanas.

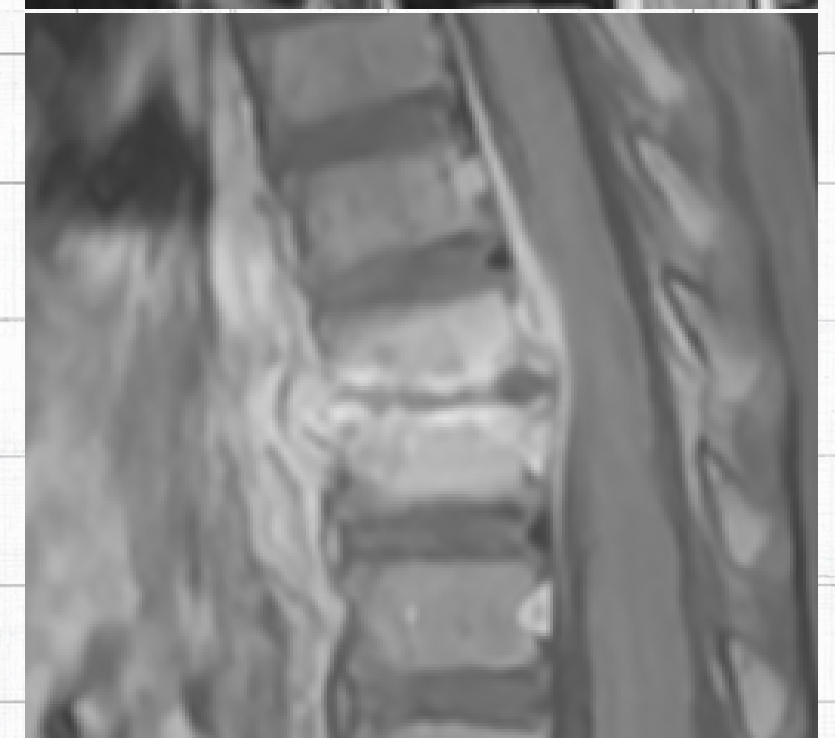
MATERIAL Y MÉTODOS

Traído a urgencias por astenia de 10 días de evolución. Refieren que **no tolera la sedestación**, refieren llanto inmediato, “como si tuviera dolor en esa postura” Previamente sedestación activa-pasiva y gateo sin incidencias. No alteraciones de tránsito intestinal, clínica miccional, clínica respiratoria, buen patrón de sueño.

Afebril, buen estado general. Llanto con sedestación activa, tendencia a echarse hacia adelante. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones.

- Rx columna y caderas: sin hallazgos.
- Ecografía pélvica: sin hallazgos
- Análisis sangre: discreta leucocitosis y neutrofilia. PCR 30
- Hemocultivos: negativos
- Gammagrafía: depósito patológico T11, compatible con proceso infeccioso-inflamatorio.
- IGRA (Quantiferon): Negativo
- Serología (Rosa de bengala, Bartonella Ac.IgG y Ac.IgM): negativa
- RNM columna dorso-lumbar: hallazgos compatibles con

espondilodiscitis T10-T11



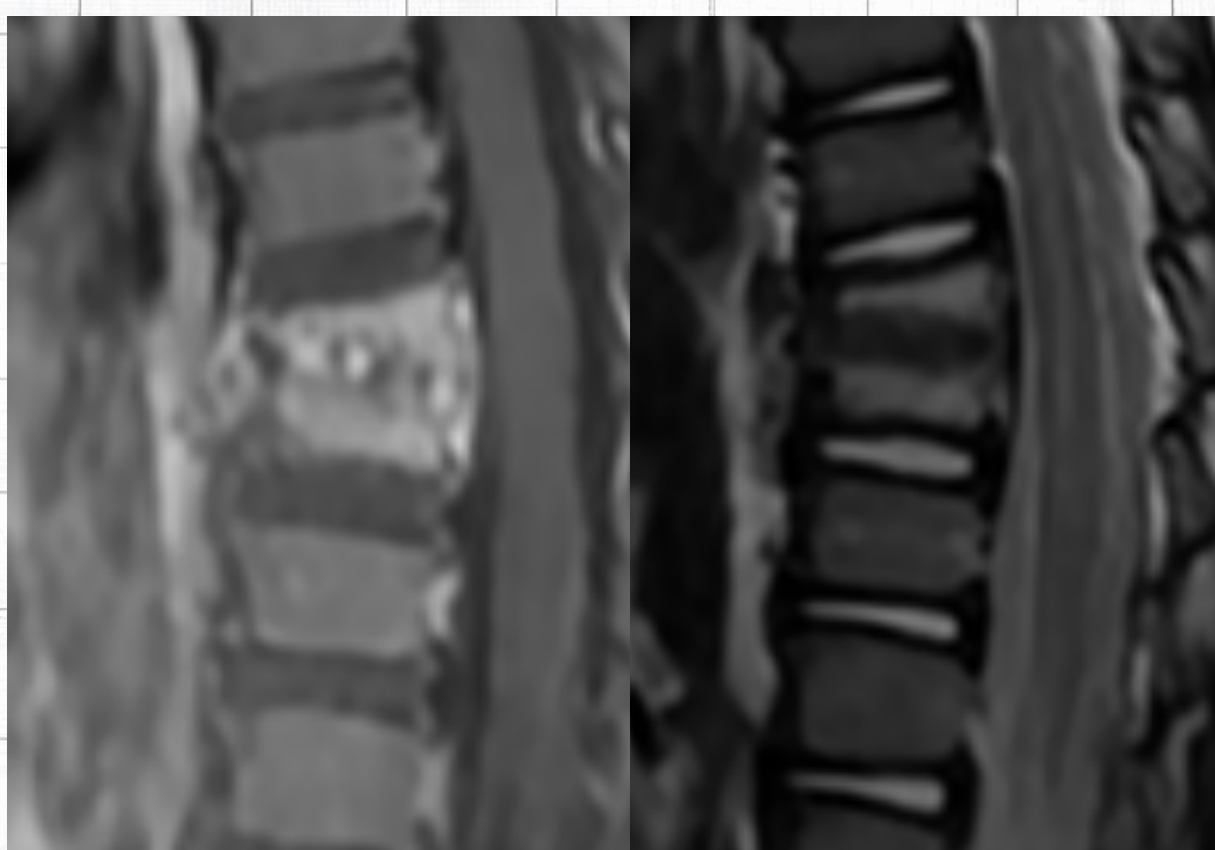
RESULTADOS

Se inicia tratamiento con Cefuroxima iv (200 mg/kg/día) 10 días + 4 semanas Cefuroxima vo (500 mg/12h).

Tras tratamiento antibiótico: mejoría clínica, logrando sedestación erguida, sin signos de dolor. No impresiona de limitación a la movilidad. No puntos dolorosos a la palpación.

Último análisis: no leucocitosis ni neutrofilia. PCR en rango.

Última resonancia: mejoría radiológica aunque aún no totalmente resuelta.



CONCLUSIÓN

La espondilodiscitis en niños corresponde a un 2-4% de las infecciones osteoarticulares. Su presentación más frecuente es lumbar. Puede ser piógena o no-piógena (Granulomatosa)

Vía más frecuente: hematógena. Indagar en procesos infecciosos previos. El microorganismo más frecuente es el S. Aureus seguido de Kingella

El rango de edad más frecuente se encuentra entre 2-8 años.

Clínica: inespecífica. En < 2 años, predomina irritabilidad, imposibilidad para mantener sedestación erguida, gateo anormal, apofisalgias... Esto puede favorecer un retraso del diagnóstico de hasta 5 semanas.

Pruebas complementarias: AS con leucocitosis, neutrofilia y elevación de RFA. Los hemocultivos serán positivos en <30%. La RNM es el GS. La biopsia no se recomienda de forma rutinaria.

Tratamiento: antibioterapia y reposo. La cirugía queda relegada a casos con mala respuesta a tratamiento conservador, déficit neurológico o rápida progresión.

Presentamos este caso al ser un paciente fuera de los rangos de edad habitual y de localización dorsal (Menor frecuencia)