

Espondilodiscitis lumbar

La [espondilodiscitis](#) lumbar (EDL) es una infección del [disco intervertebral](#) que afecta al [cuerpo vertebral](#) y que puede extenderse a áreas contiguas (paravertebral y prevertebral, cuerpos vertebrales adyacentes, espacio epidural, subdural, subfrénico, mediastino, retroperitoneo o psoas).

Epidemiología

La incidencia en las sociedades occidentales varía de 0,4 a 2,4 por cada 100.000 habitantes al año, distribuyéndose en dos picos de edad: infancia precoz y sexta década de la vida.

Su diagnóstico ha aumentado en frecuencia debido al aumento de las [bacteriemias](#) nosocomiales (relacionadas con accesos intravasculares o instrumentación, entre otros), a la población adulta e inmunocomprometida y al acceso a pruebas de imagen altamente sensibles, como la [resonancia magnética lumbar](#) ¹⁾.

La mayoría de los casos se deben a diseminación hematógena de infecciones a distancia, siendo menos frecuentes las causadas por propagación de infecciones desde tejidos adyacentes y las debidas a procesos invasivos de la columna ^{2) 3) 4)}.

Etiología

El patógeno más frecuente es el [estafilococo](#) (aureus, albus, epidermidis).

Streptococos, bacilos gram negativos como *Kingella kingae* o *E. coli* e incluso anaerobios.

Las infecciones por *Candida* o micobacterias pueden presentarse en pacientes de mayor edad o con factores predisponentes.

Raras

El consumo de pescado crudo puede causar una bacteriemia por *Shewanella* y osteomielitis en pacientes con enfermedad hepatobiliar (Shimizu 2009).

Etiopatogenia

La diseminación hematógena desde un foco infeccioso primario (infecciones respiratorias, otitis media aguda, infecciones de las vías urinarias) es la principal vía de afectación discal, siendo excepcional la diseminación desde una zona contigua o en el contexto de una cirugía.

La presencia de vasos en la superficie cartilaginosa de los cuerpos vertebrales y en el anillo fibroso durante la infancia, que posteriormente involucionan en la edad adulta, explica la diferencia de incidencia que existe entre los niños y los adultos.

La etiología infecciosa de las discitis es la que actualmente se encuentra más aceptada, aunque existen autores que proponen un factor traumático como desencadenante del cuadro o incluso la posibilidad de que se trate exclusivamente de un fenómeno inflamatorio.

En más del 50% de los casos no se identifica ningún germen.

Clínica

Suelen presentar fiebre de bajo grado o ausencia de fiebre, con buen estado general.

- Las manifestaciones clínicas varían con la edad y se presentan de forma progresiva.
- Menores de 3 años: Irritabilidad, rechazo de la marcha y del gateo (suele ser el primer síntoma), dolor con la bipedestación y la sedestación. Puede presentarse en forma de cojera.
- Mayores de 3 años: Dolor lumbar, en caderas o con la deambulación. El decúbito supino es la única postura que alivia parcialmente el dolor. Cuando la lesión se localiza en T8-L1, la presentación clínica puede simular un cuadro gastrointestinal y cursar con síntomas abdominales (dolor, náuseas, anorexia), especialmente si existe osteomielitis acompañante.
- Debe tenerse presente que en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza semanas después del inicio de los síntomas y con frecuencia refieren como único antecedente una infección respiratoria previa.

Diagnóstico

El dolor a la espinopresión/percusión es posiblemente el signo más fiable ^{5) 6) 7)}.

Laboratorio: VSG entre 50 y 100mm/h. La VSG está aumentada después de una cirugía (25mm/h), disminuyendo a las 4 semanas; si persiste aumentada se debe investigar presencia de infección.

En RNM captación a nivel de espacio intervertebral y/o ligamento vertebral posterior pudiendo existir afectación paravertebral y absceso epidural



Otros métodos diagnósticos:

Politomografía

Escintigrama

TAC

Biopsia con aguja: mejor método para la determinar la existencia de infección y agente etiológico.

Tratamiento

El papel de la profilaxis antibiótica en la prevención sigue siendo polémico en términos médicos, éticos, económicos y legales.

Todavía no es posible identificar el antibiótico ideal para este propósito. Parece razonable buscar la solución a través de estudios prospectivos y multicéntricos de gran tamaño (Mastronardi y col., 2005).

Inmovilización con corsé.

Tratamiento antibiótico según tipificación del germen por cultivos; los ATB parenterales se deben administrar durante 6 semanas, para luego seguir por vía oral hasta que se normalice la eritrosedimentación . (Vancomicina-Rifampicina y cefalosporina), dependiendo del cultivo.

La PCR desciende más rápido que la VSG, por lo que puede ayudar a monitorizar el tratamiento y valorar el paso a vía oral.

El tratamiento por vía oral debe prolongarse hasta la resolución completa del cuadro, con normalización de la VSG y la PCR (4 semanas).

Antibióticos utilizados en el tratamiento de la discitis:

Fármaco Vía Dosis (mg/kg/día) Pauta

Cloxacilina iv 150-200 6h

Cefazolina iv/im 100 8h

Cefuroxima iv 150 8h; vo 60-90 8h

Cefadroxilo vo 60 12

Cefalexina vo 100-150 6h

Se deben asociar antiinflamatorios no esteroideos para disminuir el dolor asociado y realizar reposo en cama inicial. Algunos autores proponen realizar una inmovilización con corsé. Habitualmente presentan buena respuesta al reposo y a la inmovilización, por lo que en ausencia de mejoría se debe replantear el diagnóstico. La cirugía se reserva para aquellos casos que no mejoren con tratamiento médico o para las complicaciones, como los abscesos, las osteomielitis extensas y las lesiones neurológicas.

Complicaciones

El [absceso epidural espinal](#) es una complicación presente entre el 4-38% de los casos no quirúrgicos, siendo discutido el hecho de que suponga un factor de mal pronóstico independiente en el momento del diagnóstico.

Dichos casos pueden precisar de un ciclo antibiótico más prolongado.

En la bibliografía médica no se encuentran pautas específicas en cuanto al tiempo de encamamiento (descarga), la forma de inicio de la carga o la necesidad de ortesis; si bien la tónica general es

prescribir un período de encamamiento de entre 3 y 4 semanas.

Bibliografía

Mastronardi, Luciano, Franco Rychlicki, Carlo Tatta, Letterio Morabito, Umberto Agrillo, and Alessandro Ducati. 2005. "Spondylodiscitis After Lumbar Microdiscectomy: Effectiveness of Two Protocols of Intraoperative Antibiotic Prophylaxis in 1167 Cases." *Neurosurgical Review* 28 (4) (October): 303-307. doi:10.1007/s10143-005-0404-7.

Shimizu T, Matsumura Y. [A case of bacteremia and suppurative vertebral osteomyelitis/discitis due to *Shewanella* algae occurring after raw-fish consumption]. *Kansenshogaku Zasshi*. 2009 Sep;83(5):553-6.

1) , 2) , 5)

Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. *J Infect*. 2008; 56:401-12.

3) , 6)

Kourbeti IS, Tsiodras S. Spinal infections: Evolving concepts. *Curr Opin Rheumatol*. 2008; 20:471-9.

4) , 7)

An HS, Seldomridge J.A. Spinal infections: Diagnostic tests and imaging studies. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 444:27-33.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN
1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=espondilodiscitis_lumbar

Last update: **2025/05/04 00:02**

