

Osteomielitis vertebral hematológica (OVH)

La [osteomielitis vertebral](#) hematológica representa un porcentaje significativo de los casos de osteomielitis secundaria a una infección contigua.

Epidemiología

Es una infección rara y más aún en niños menores de 10 años; hay un incremento en su frecuencia entre las edades de 10 a 19 años, siendo el pico más alto de presentación en individuos mayores de 50 años de edad.

En adultos, la columna vertebral es la principal localización de la osteomielitis hematológica.

Los casos en hombres se presentan con una frecuencia dos veces mayor a los casos en mujeres, con excepción de los individuos usuarios de drogas intravenosas, en los cuales la relación hombre mujer se incrementa hasta en un 6:1.

Aunque de 10 a 20% de los pacientes informan un traumatismo reciente, la asociación causal entre trauma de columna y osteomielitis no ha sido corroborada.

En España, 9 casos nuevos por millón de habitantes/año, cuya incidencia está aumentando en relación con el envejecimiento poblacional, el uso de inmunosupresores, el aumento de las bacteriemias nosocomiales y otros factores predisponentes, entre los que destaca la diabetes mellitus.

El incremento en el uso de drogas intravenosas, ha contribuido al aumento de casos de osteomielitis vertebral observado en los últimos años.

La única enfermedad que se ha asociado significativamente con el desarrollo de osteomielitis vertebral es la diabetes mellitus, la cual se encuentra presente en cerca de 20% de los pacientes con este tipo de infección.

Etiología

Pese a que son muchos los agentes causales posibles los gérmenes piógenos grampositivos, concretamente el *Staphylococcus aureus*, constituyen la etiología más frecuente (hasta el 51% en algunas series) ¹⁾.

Staphylococcus aureus es la bacteria más frecuentemente involucrada en la etiología de la osteomielitis vertebral. Un bacilo Gram negativo puede aislarse en cerca de 30% de los casos de infección de columna vertebral; de ellos *Escherichia coli* es el más común, aunque también pueden aislarse *Proteus* sp o *Pseudomonas aeruginosa*. Las infecciones por bacilos Gram negativos generalmente tienen un origen en infecciones de las vías urinarias. En ciertas regiones del mundo la brucelosis es endémica, la osteomielitis vertebral por *Brucella* sp no debe olvidarse dentro del diagnóstico diferencial. Los microorganismos que ocasionan lesiones granulomatosas, también han sido involucrados en la etiología de la osteomielitis vertebral; la frecuencia de presentación de estos microorganismos depende de la prevalencia de los mismos en el medio donde habita el paciente con osteomielitis vertebral.

Fisiopatología

Entre los factores a los que se les han atribuido la ocurrencia de osteomielitis vertebral de origen hematógeno, se encuentran: el rico aporte sanguíneo de las vértebras, una médula ósea con gran actividad celular y la falta de una epífisis de crecimiento verdadera.

Algunos autores han descrito el fenómeno de hiperemia senil en sujetos añosos. Todos estos factores predisponen al acceso de bacterias a las vértebras en caso de bacteremia. La ruta de diseminación arterial se considera más probable que una ruta venosa. Una revisión de infecciones metastásicas originadas en infección de las vías urinarias, mostró que en cerca de 60% de las infecciones estuvo involucrado el esqueleto, de estos casos 80% correspondió a una afección de columna. Otros orígenes de la infección vertebral son: infecciones de tejidos blandos, infecciones de las vías respiratorias, infecciones odontogénicas, manipulación quirúrgica de la columna o de discos vertebrales y la endocarditis infecciosa.

En cerca de 40% de los casos de osteomielitis vertebral no se identifica un origen obvio o probable de la infección.

La osteomielitis vertebral de origen hematógeno es clásicamente una infección monomicrobiana. Una participación polimicrobiana, incluyendo la participación de bacterias anaerobias, se observa en los casos debidos a diseminación por contigüidad de la infección.

Clínica

Puede ser extremadamente insidioso y que el diagnóstico tiende a llegar tarde.

Las manifestaciones clínicas se observan hasta en 90% de los casos; las más frecuentes son dolor bajo de espalda o de cuello, acompañado de rigidez de la región afectada.

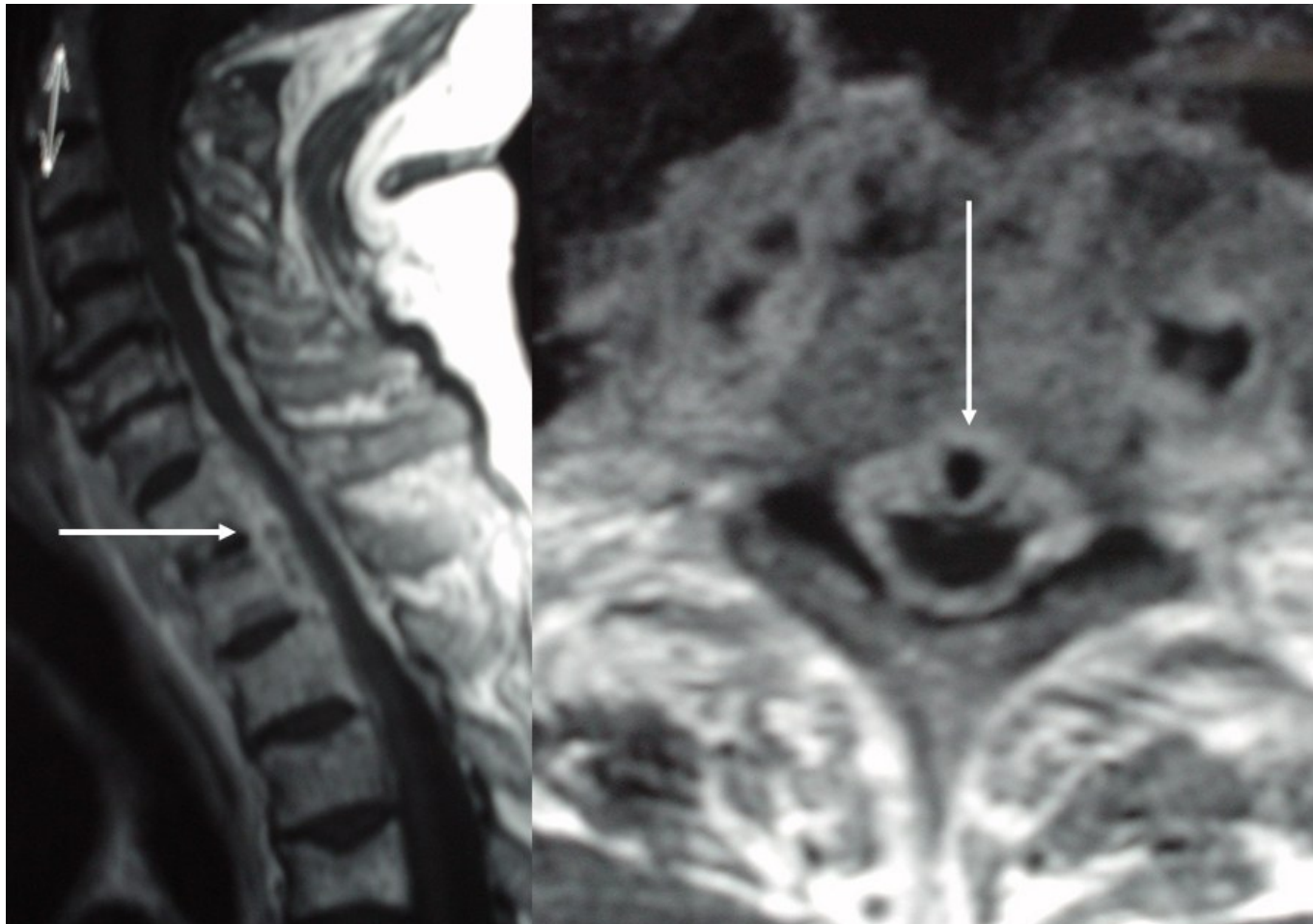
Cerca de 15% de los pacientes presenta dolor a la movilización de la espalda o dolor a la elevación de las extremidades inferiores. Dificultad para deglutir o dolor faríngeo persistente pueden estar presentes hasta en 10% de los casos de afección de la columna cervical. En 15% de los pacientes se presentan manifestaciones atípicas como son, dolor occipital, dolor de tórax, dolor abdominal, debilidad de extremidades o dolor a nivel de la articulación de cadera; estas manifestaciones están ocasionadas por la compresión de las raíces nerviosas de la región afectada. Menos de la mitad de los pacientes presentan fiebre al inicio de la infección ósea.

La osteomielitis vertebral en la mayoría de casos suele presentarse con una evolución crónica, incluso en los casos de etiología piógena. Los pacientes que se presentan a consulta suelen manifestar una evolución de más de tres meses de dolor de espalda. La exploración física muestra dolor en el área afectada en casi la totalidad de pacientes. Cerca de 20% de los individuos afectados mostrará algún grado de déficit neurológico, cuya severidad será variable y puede incluir la función sensitiva, la motora o ambas. La progresión de dolor vertebral a dolor de raíces nerviosas, con posterior debilidad de extremidades que puede llegar a la parálisis es característica de los abscesos epidurales de la columna vertebral, los cuales complican una osteomielitis.

Diagnóstico

Cerca de 40% de los casos existe leucocitosis. La velocidad de sedimentación globular, a pesar de su sensibilidad, es un estudio muy inespecífico.

La técnica más sensible es la RM.



Osteomielitis y absceso epidural C7 a D3.

Tratamiento

El 90 % aproximadamente se pueden tratar con antibioterapia e inmovilización.

Cirugía en los casos de compresión medular manifiesta por abscesificación.

La cirugía, junto con el tratamiento antibiótico, permite la erradicación de las causas.

La cirugía es también fundamental para ayudar a recuperar las funciones vitales y la restauración de la curvatura.

El uso de un abordaje anterolateral está dictada por la necesidad de obtener estabilidad 360°, así como por la necesidad de limpiar las infecciones extensas, que no son siempre accesibles usando un abordaje posterior (Roberto y col., 2012).

Pronóstico

Aunque la mortalidad es rara, se asocia con gran comorbilidad, muchas veces relacionada con la aparición de complicaciones secundariamente a la demora en el diagnóstico. ²⁾

¹⁾

<http://www.reumatologiaclinica.org/es/osteomielitis-vertebral-hematogena-multisegmentaria-por/articulo/90304310/>

²⁾

Roberto, Tarantino, Marruzzo Daniele, Cappelletti Martina, De Giacomo Tiziano, and Delfini Roberto. 2012. "Treatment of Thoracolumbar Spinal Infections Through Anterolateral Approaches Using Expandable Titanium Mesh Cage for Spine Reconstruction." TheScientificWorldJournal 2012: 545293. doi:10.1100/2012/545293.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: 2025/05/04 00:01

