

TÍTULO: LOS BICHOS SE TOMAN SU TIEMPO

AUTORES:

Dra. Rocío García del Río Beneyto. Residente de 4º año del Hospital General de Alicante.

Dr. Francisco Cholbi Llobell. Adjunto del Hospital General de Alicante.

Dr. Vicente Marimón Hoyos. Adjunto del Hospital General de Alicante.

PARTE 2.

Entre el diagnóstico diferencial del paciente con dolor lumbar tenemos que establecer:

DOLOR LUMBAR MECÁNICO (97%)	DOLOR LUMBAR NO MECÁNICO (3%)
Síndrome miofascial	Infecciones: ESPONDILODISCITIS , absceso epidural, osteomielitis.
Lesiones discales o alteraciones facetarias	Neoplasia epidural, linfomas, leucemias
Fracturas	Enfermedades pélvicas y renales: endometriosis, pielonefritis, enfermedad inflamatoria pélvica, etc.
Estenosis vertebral	Aneurisma abdominal
Espondiloartropatías	Enfermedades gastrointestinales: pancreatitis, úlcera péptica, etc.
Espondilolistesis	Hérpes Zóster
Espondilolisis	Embarazo
	Otras: neurosis de renta, trastorno psicosocial, trastorno somatomorfo, etc.

Tabla. 1. Diagnóstico diferencial del paciente con dolor lumbar (1-2-9).

Es básico y nunca hay que olvidar, los **signos de alarma o red flags** del paciente con dolor lumbar.

SIGNOS DE ALARMA O RED FLAGS DEL DOLOR LUMBAR
Fiebre o sudoración nocturna
Dolor nocturno
Dolor que empeora con el reposo
Síndrome constitucional
Antecedentes de neoplasia
Déficit neurológico brusco o rápidamente progresivo
Traumatismo previo
Edad < 20 años ó > 50 años
Dolor lumbar de características inflamatorias
Tratamiento crónico con corticoides o diabetes mellitus
Uso de drogas/inmunodepresión/VIH
Ausencia de mejoría tras 6 semanas de tratamiento médico
Procedimientos médicos recientes con riesgo de bacteriemia

Tabla. 2. Signos de alarma o red flags del dolor lumbar. (1-2-9).

EXPLORACIÓN FÍSICA: SIGNOS DE ALARMA
Fiebre
Taquicardia
Hipotensión arterial
Síntomas de focalidad neurológica
Palidez cutánea
Masa abdominal pulsátil
Dolor a la palpación de apófisis espinosas
Retención aguda de orina
Alteración de esfínteres

Tabla 3. Exploración física: signos de alarma. (1-2-9).

EVOLUCIÓN.

El paciente, permanece ingresado durante una semana, recibiendo antibioterapia intravenosa, con diagnóstico en hemocultivos de bacteriemia por *Neisseria meningitidis*, **descartándose espondilodiscitis aguda** en la RMN lumbar. Durante el ingreso persiste el dolor lumbar y en cadera derecha, que le impide deambular. Es valorado por la Unidad del Dolor y tratado con infiltración de toxina botulínica, por sospecha de espasmo del psoas derecho, pero sin mejoría.

Es dado de alta con mórficos orales, con gran mejoría del dolor lumbar pero persistiendo el dolor en cadera derecha con imposibilidad para la deambulación, siendo atribuible ésta coxalgia (por parte de Infecciosas) al cuadro infeccioso espinal. Durante el ingreso, no se le realizó ningún estudio radiológico de la cadera.

A los 10 días del alta, el paciente acude a consulta de rehabilitación, donde se realiza la exploración física mencionada en la parte 1:

- Acude en silla de ruedas.
- Lumbar: bipedestación y marcha incapaz. Balance muscular: miembro inferior derecho 3/5 en psoas y cuádriceps. Circimetría de cuádriceps derecho similar a la contralateral. Reflejos osteotendinosos y sensibilidad sin alteraciones. Dolor en apófisis espinosas de L5-S1 y múltiples puntos gatillo miofasciales en musculatura paravertebral lumbar derecha. Lasègue negativo.
- Cadera: dolor intenso en ingle derecha con cualquier movilización de la cadera que le impide bipedestación. No signos flemonosos.

Ante sospecha de proceso infeccioso coxal, se solicita resonancia magnética de caderas.

Se revisa en consulta posteriormente, con resultado de RMN lumbar de control (pedida por Infecciosas) y de caderas. Conclusión:

- **Espondilodiscitis L5-S1** en fase **flemonosa**.
- Imágenes compatibles con **artritis coxofemoral** derecha.

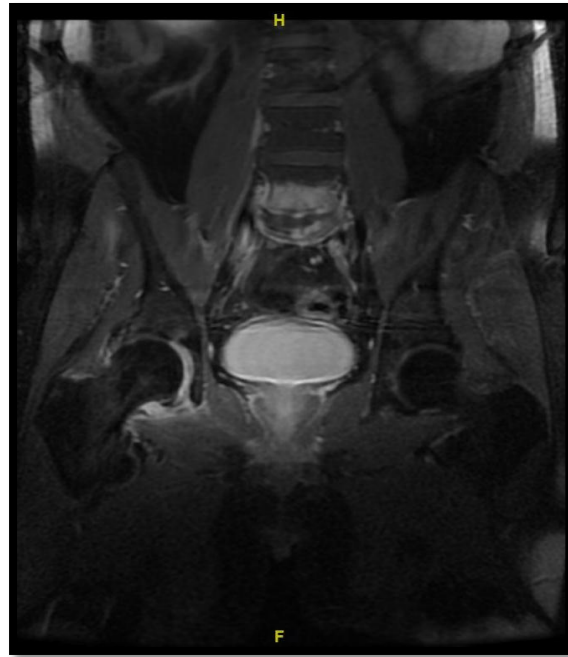
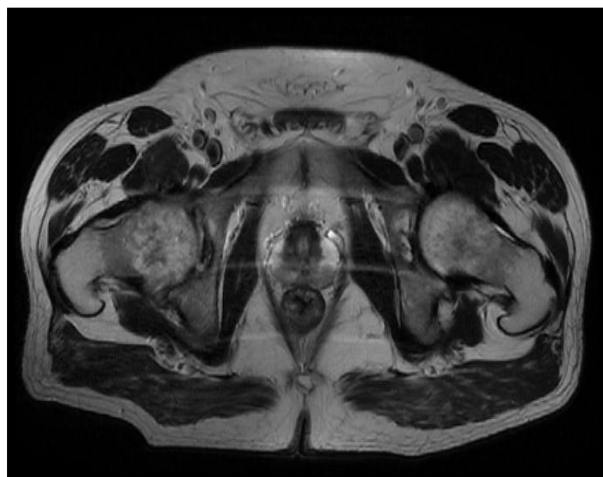


Imagen 2. RMN lumbar y caderas. Secuencia T1: captación débil de señal en el cuerpo vertebral de L5 y S1 y en el disco intervertebral, en relación con espondilodiscitis en fase flemonosa. Artritis coxofemoral derecha (corte sagital y coronal).



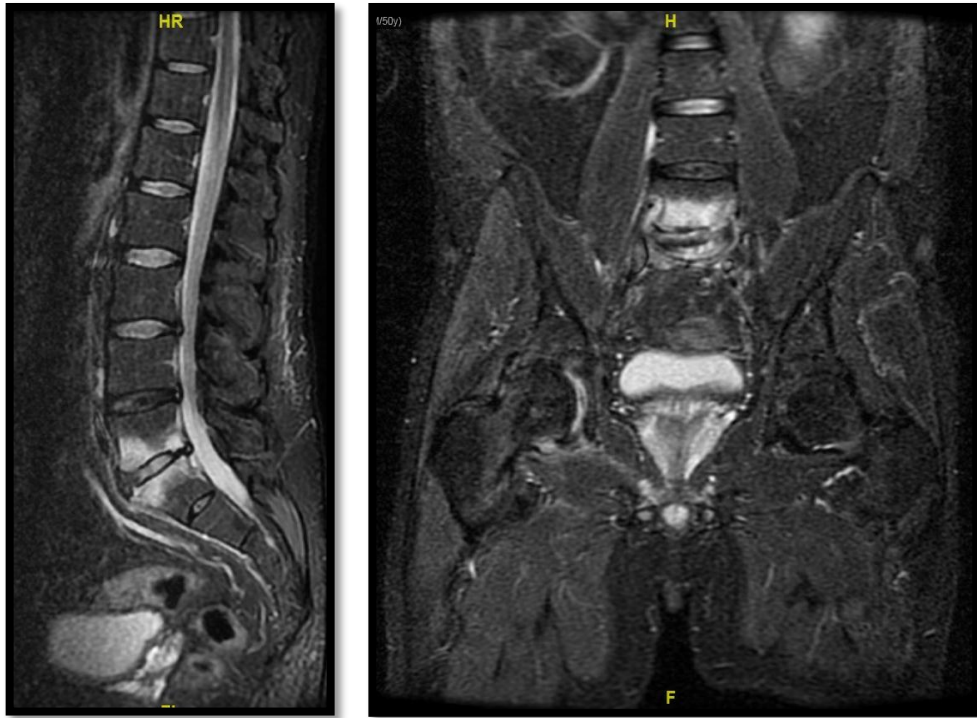


Imagen 3. RMN lumbar y de caderas. Secuencia T2 (1ª y 2ª imagen) y STIR (3ª y 4ª imagen): captación fuerte de señal en el cuerpo vertebral de L5 y S1 y en el disco intervertebral, en relación con espondilodiscitis en fase flemonosa. Artritis coxofemoral derecha (corte sagital, axial y coronal).

Comentamos el caso con Infecciosas y decidimos nuevo ingreso para antibioterapia intravenosa y estudio de espondilodiscitis evolucionada y artritis séptica de cadera derecha. Durante el ingreso, vuelve a recibir nueva tanda de antibióticos y se realiza artrocentesis de la cadera (líquido purulento), siendo el resultado negativo (secundario a antibioterapia prolongada).

TRATAMIENTO.

Iniciamos tratamiento rehabilitador con corsé semirígido de termoplástico (estando ingresado). Es dado de alta, ante la mejoría, llevando la ortesis lumbar durante un mes y tras la retirada, se inicia cinesiterapia de cadera y potenciación y estiramiento de la musculatura lumbar, asociado a hidroterapia.

En la revisión en la consulta a los 4 meses, persiste discreto dolor en cuadrado lumbar bilateral, por lo que se realiza infiltración ecoguiada con toxina botulínica (previo consentimiento informado), sin complicaciones durante el procedimiento.

A los 6 meses, presenta mejoría importante del dolor lumbar y permanece asintomático respecto a la cadera (ha podido volver a hacer natación). En la última RMN lumbar y de caderas, se aprecia importante disminución de cambios inflamatorios en el segmento lumbar afecto y resolución de la artritis séptica.

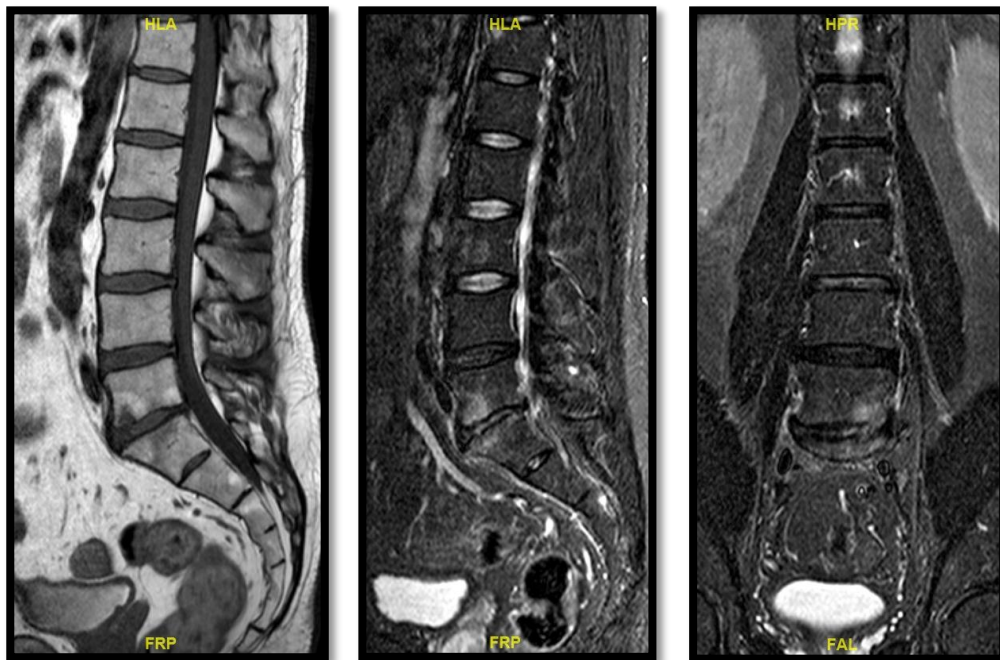


Imagen 4. RMN lumbar: secuencia T1, T2 y STIR (cortes sagitales y coronal). Respuesta parcial al tratamiento con disminución de cambios inflamatorio-infecciosos.

APUNTES SOBRE LA ESPONDILODISCITIS AGUDA INFECCIOSA.

La espondilodiscitis aguda espontánea es una enfermedad infecciosa rara pero **grave**, que combina un proceso inflamatorio, que afecta a uno o más cuerpos vertebrales adyacentes (espondilitis), con invasión posterior del disco intervertebral (discitis) y por último, estructuras neurales adyacentes.

El curso de la enfermedad suele ser crónico y la falta de síntomas específicos, a menudo prolonga el tiempo entre su debut y el diagnóstico. Este retraso en el diagnóstico determina que su morbilidad y mortalidad sean potencialmente altas.

Supone una prevalencia del 2-7% del total de las infecciones óseas.

La vía de infección más frecuente es la procedente de una bacteriemia hematógena y el organismo causante más frecuente es *Staphylococcus*

aureus. *Neisseria meningitidis* es una causa extraordinariamente rara de espondilodiscitis (<1%).

La mayoría de autores coinciden en que suele afectar a gente mayor de 50 años con factores de riesgo para desarrollar infecciones (inmunodeprimidos, tratamiento crónico con corticoides, etc.).

El intervalo diagnóstico es amplio, de 1 a 6 meses, porque suele debutar con dolor lumbar inespecífico, lo que retrasa el diagnóstico. Los síntomas más comunes son el dolor, sobre todo en segmento lumbar y dorsal, asociado a rigidez de musculatura paravertebral. La fiebre suele aparecer a los días-semanas de inicio del dolor.

La RMN es la prueba Gold-estándar para el diagnóstico, apoyada por una buena anamnesis y una completa exploración física. En la secuencia T1 de la resonancia habrá captación débil de señal del cuerpo vertebral afectado, disco intervertebral y destrucción de las superficies del cartílago. Y en la secuencia T2, captación fuerte de señal en el cuerpo y disco afectados. El diagnóstico se completa con el resultado bacteriológico de hemocultivos e incluso de biopsia ósea, si es necesario.

No existe consenso sobre la estrategia del tratamiento farmacológico ni rehabilitador, porque hasta el momento no se han publicado estudios randomizados sobre los resultados de los tratamientos combinados.

Las cuestiones clave son la elección correcta del antibiótico y una **fijación** adecuada del segmento espinal afectado, que requiere inmovilización durante semanas, pero no hay acuerdo acerca de qué tipo de ortesis utilizar ni el tiempo requerido.

El tratamiento quirúrgico queda reservado a espondilodiscitis con afectación neurológica, inestabilidad vertebral o absceso epidural.

El pronóstico en general es **favorable**, pero es una enfermedad potencialmente fatal, con una mortalidad del 2-17%. Según muchos autores, si el intervalo entre el diagnóstico y el debut de la enfermedad es superior a 60 días, el pronóstico empeora.

APUNTES SOBRE LA ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA.

Son procesos **graves**, potencialmente **mortales**, causados por la colonización de microorganismos en las articulaciones, procedentes en general de la vía hematógena.

Suponen una incidencia de 3-6 casos/100.000 habitantes/año.

La articulación más frecuentemente afectada es la rodilla, siendo la cadera muy raramente perjudicada y mucho menos en adultos, ya que la artritis séptica de cadera afecta fundamentalmente a los **niños**.

El principal factor de riesgo es haber presentado una artritis séptica previa en la misma articulación o en una cercana.

El microorganismo más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus*. Siendo otros como *Neisseria meningitidis* observados casi exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos o en bacteriemias por meningococo.

Clínicamente se presenta como dolor, tumefacción, calor local y eritema que afectan a una articulación, causando restricción dolorosa de la movilidad activa y pasiva. Suele cursar con fiebre desde el inicio del cuadro, que típicamente es mayor a 39°C.

El tiempo que pasa desde el inicio de la clínica hasta el inicio del tratamiento antibiótico, es el factor modificable más importante para la reducción de complicaciones y el tiempo de hospitalización.

Para establecer el diagnóstico existe consenso universal en que debe realizarse una **artrocentesis** a todo paciente con sospecha de artritis séptica. Se apoyará con pruebas de laboratorio, así como con hemocultivos, que deben ser positivos para el bicho causante.

En cuanto a pruebas de imagen, la RMN es la técnica más fidedigna, pero no se ha demostrado ningún hallazgo que sea capaz de distinguir entre una artritis infecciosa de una inflamatoria. En los últimos años, la **ecografía** articular está tomando fuerza, ya que permite identificar partes blandas y contenido articular así como servir de guía para la realización de las artrocentesis.

La **evacuación articular** mediante artrocentesis es el primer escalón del tratamiento y se considera de carácter **urgente**. Posteriormente se administrará antibioterapia empírica, hasta la confirmación del microorganismo causante en

los cultivos. La limpieza quirúrgica queda restringida a casos en que el contenido articular es piógeno.

No es recomendable inmovilizarla la articulación ya que se ralentiza el proceso de curación.

La mortalidad hospitalaria en Estados Unidos, se estima en torno al 10%, aunque el pronóstico suele ser favorable.

CONCLUSIONES.

Ante un paciente con fiebre y dolor lumbar, valorar la espondilodiscitis aguda dentro del diagnóstico diferencial.

Muy importante, en la evaluación de cualquier dolor lumbar, tener presentes los signos de alarma clínicos y exploratorios.

En todo paciente con dolor lumbar, se debe realizar una exploración física completa de **raquis** y de ambas **caderas**. En nuestro paciente, el cuadro florido de espondilodiscitis aguda, enmascaró la artritis séptica de cadera (queja principal del paciente desde el inicio del cuadro).

La espondilodiscitis y la artritis séptica, son procesos graves, potencialmente mortales.

El diagnóstico precoz evita la cirugía así como las complicaciones y reduce la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Fantoni M, Treccarichi EM, Rossi B, et al. Epidemiological and clinical features of pyogenic spondylodiscitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012.
2. Aneta S. Petkova, Christo B. Zhelyazkov, Borislav D. Kitov. Spontaneous spondylodiscitis-Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis and Treatment. *Folia Medica* 2017;59(3):254-260. doi: 10.1515/folmed-2017-0024.
3. Butler JS, Shelly MJ, Timlin M, et al. Nontuberculous pyogenic spinal infection in adults: a 12-year experience from a tertiary referral center. *Spine* 2006;31:2695-700.
4. Acosta FL, Galvez LF, Aryan HE, et al. Recent advances: infections of the spine. *Curr Infect Dis Rep* 2006.
5. Mann S, Schütze M, Sola S, et al. Nonspecific pyogenic spondylodiscitis: clinical manifestations, surgical treatment, and outcome in 24 patients. *Neurosurg Focus* 2004, 17(6).
6. Nolla JM, Ariza J, Gómez-Vaquero C, et al. Spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis in nondrug users. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:271.
7. McHenry MC, Easley KA, Locker GA. Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. *Clin Infect Dis* 2002;34:1342-50.
8. Hernández Martínez Juan, Lozano Olivares Jesús, Tejedor Varillas Alejandro. Pautas de actuación y seguimiento, dolor lumbar. Guía formación de la Organización Médica Colegial. 2015.
9. Kripper Mitrano Cristóbal, Medina Gática Valeria et al. Evaluación diagnóstica del paciente con dolor lumbar en la unidad de emergencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2013; vol 28(1): 27-37.
10. N. Gómez Rodríguez, J. Ibáñez Ruán, M. González, A. Pintado. Y. Penelas Cortés. Artritis sépticas periféricas en adultos. Estudio epidemiológico en un área sanitaria gallega. *Servicios de Reumatología, Traumatología y Documentación Clínica. Centro Médico POVISA.*
11. Guillén Astete, Carlos Antonio. Grandal Platero, Marta. Velázquez Arce, Carmen, et al. Guía de manejo diagnóstico y terapéutico de la artritis séptica en urgencias. *iMed PubJournals* vol. 9. No 2:3. 2013.