



## Espondilodiscitis lumbar en niña de 18 meses

Garzón Murillo C, Osuna Vera AA, Sánchez Martínez E, Arce Durán J\*, González-Gaggero Prieto-Carreño B\*\*, Espino Aguilar R.  
Servicio de Pediatría, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla.

\*Servicio de Radiología. Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla.

\*\* Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Quirónsalud Infanta Luisa.

Dirección correspondencia: Carmen Garzón Murillo. E-mail: cgarzonmurillo@gmail.com

Recibido 13-11-20016 Aceptado: 27-2-2017

Vox Paediatrica 2017; XXIV (I): páginas 45-48

**Resumen:** presentamos el caso de una niña de 18 meses con un cuadro clínico de cojera de miembro inferior izquierdo de dos semanas de evolución. Al ingreso observamos febrícula, irritabilidad, que aumentó en las horas siguientes, rechazo a la sedestación y dolor selectivo a la presión de la región lumbar. El estudio de imagen con RMN y gammagrafía ósea, confirmaron la existencia de una espondilodiscitis en L4-5. Recibió tratamiento antibiótico durante 3 semanas. Fue controlada posteriormente por traumatología infantil, presentando una lesión residual en L4-5.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis, niños.

### TITLE: Spondylodiscitis lumbar in girl of 18 months

**Abstract:** We present the case of an 18-month-old girl with a clinical picture of left lower limb lameness of two weeks of evolution. Upon admission, we observed low fever, irritability, which increased in the following hours, rejection of sedestation and selective pain at the pressure of the lumbar region. The image study with NMR and bone scintigraphy confirmed the existence of a spondylodiscitis in L4-5. He received antibiotic treatment for 3 weeks. It was later controlled by childhood traumatology, presenting a residual lesion in L4-5.

**Keywords:** Spondylodiscitis, children.

### Introducción

La discitis o espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta al disco intervertebral o a los platillos vertebrales, causando disminución del espacio discal. En niños es muy poco frecuente cursando con síntomas y signos inespecíficos, por ello en diagnóstico es difícil y suele demorarse varias semanas desde el inicio del cuadro.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 18 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con claudicación del miembro inferior izquierdo de unas

dos semanas de evolución, 48 horas antes comenzó con síntomas catarrales inespecíficos. Una semana antes fue valorada en una consulta de traumatología siendo diagnosticada de sinovitis transitoria de cadera izquierda y tratada con reposo e ibuprofeno sin presentar mejoría.

Consultó en nuestro servicio de urgencias por febrícula desde 24 horas antes e intensa irritabilidad. En la exploración física se apreció rechazo al apoyo del miembro inferior izquierdo. Cadera ipsilateral con movilidad espontánea y pasiva normales.

El hemograma mostró 4530000 hem/cc, Hg 12.2

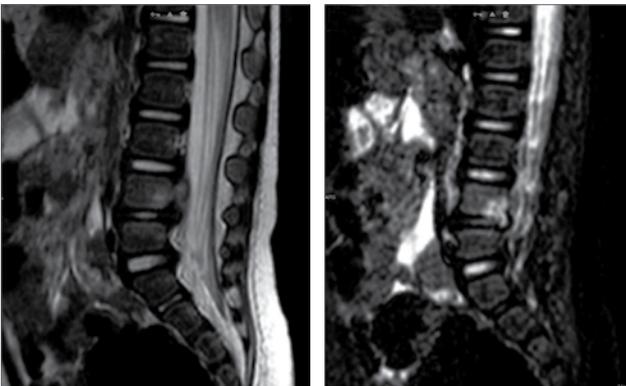
gr/dl, Hto 33.8%, VCM 74.6 fl, HCM 26.9 pg, RDW 12.9%; 13900 leucocitos/cc (70% pmn, 22% linfocitos, 8.5% monocitos), 430000 plaquetas; PCR 18.9 mg/l y VSG de 22; procalcitonina 0.1 ng/l.

A las 24 horas del ingreso observamos rechazo a la sedestación y flexo-extensión del tronco (rigidez espinal) y dolor a la presión de columna lumbar manifestado con intensificación manifiesta de llanto.

Se realizó estudio radiológico (Figura 1), en el que se objetiva afectación discal entre L4-L5, por lo que se practica

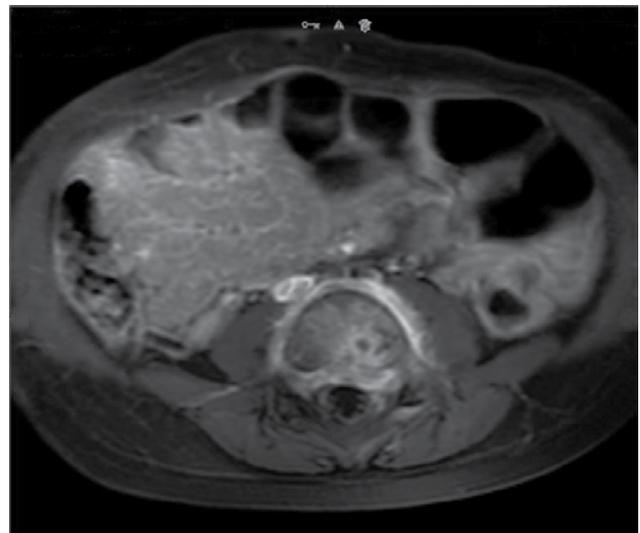
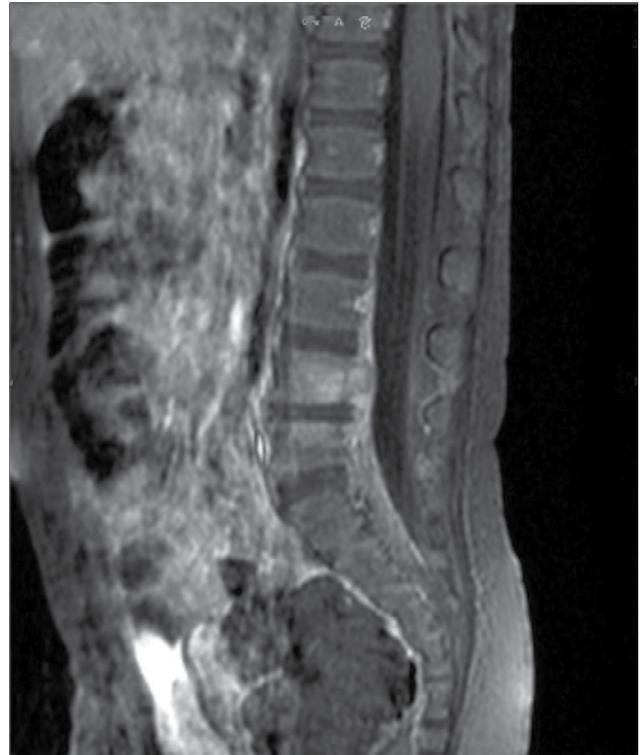


1. Rx columna lumbar, proyección lateral: Estrechamiento del espacio discal L4-5. Leve irregularidad en el contorno de las plataformas vertebrales limitantes.



2a y 2b. RM secuencias T2 y STIR, proyección sagital: Disminución de la altura del disco intervertebral L4-5, sin alteración significativa en su intensidad de señal. Irregularidad de las plataformas vertebrales colindantes al disco, con alteración en la señal de la médula ósea de aspecto inflamatorio (hiperintensa en T2 y STIR). Destrucción inicial del margen posterior de la plataforma inferior de L4 (visible en la imagen sagital STIR).

RMN con contraste de columna lumbar, bajo sedación (Figuras 2a,b y 3a,b) que muestra hallazgos sugestivos de espondilodiscitis/osteomielitis a nivel L4-L5.



3a y 3b. RM secuencia T1 postcontraste con saturación grasa, proyecciones sagital y axial: No se observa realce significativo del disco intervertebral. Realce difuso de la médula ósea de las plataformas vertebrales limitantes. Lesión de partes blandas con captación difusa, de naturaleza flemosa, adyacente al margen posterior del disco, que ocupa el espacio epidural anterior.

Este estudio se completa con gammagrafía ósea (Figura 4) que muestra aumento de actividad osteogénica compatible con aumento de actividad inflamatoria en L4-L5.

Se realizaron intradermorreacción de Mantoux y hemocultivo, con resultado negativo.



Figura 4: Gammagrafía ósea de columna lumbar. En la imagen de pool se observa un foco con leve aumento de actividad en columna lumbar inferior. En fase ósea se aprecia de captación lineal en cuerpo superior de L4 y L5, con pérdida del espacio intervertebral L4-L5 y pequeño foco a nivel del cuerpo izquierdo de L4.

Inició tratamiento iv con Cloxacilina durante 10 días , continuado por vía oral hasta completar 21 días ,con buena tolerancia y cumplimiento y excelente respuesta clínica y analítica: cesaron irritabilidad y fiebre y mejoró progresivamente la movilidad hasta conseguir sedestación espontánea. Los reactantes de fase aguda PCR y procalcitonina se normalizaron y disminuyó la VSG.

Al alta fue remitida a Ortopedia infantil para seguimiento, informándonos de lesión residual (disminución de la altura del disco intervertebral con erosión de verte-

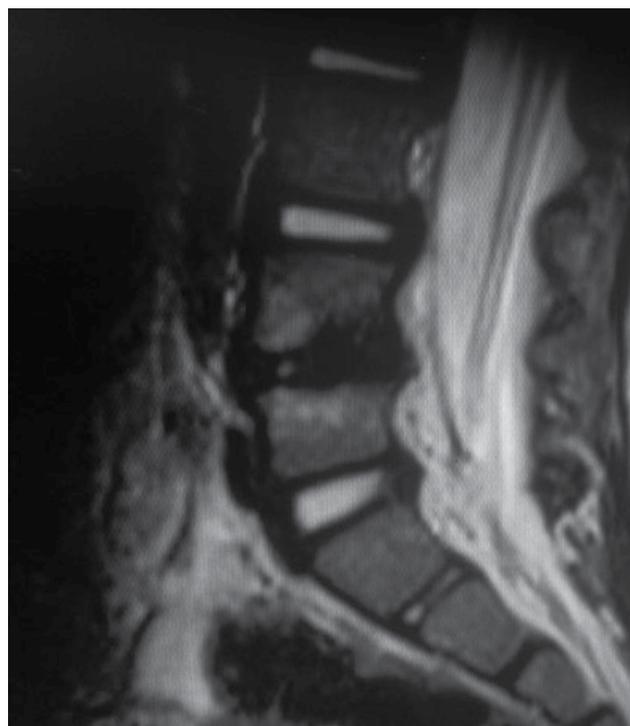


Figura 5: lesión residual L4-L5.

bras L4 y L5 (Figura 5), indicándole co corsé toracolumbar permanente.

### Discusión

La espondilodiscitis representa alrededor del 2% de todas las infecciones ostoarticulares en los niños<sup>(1, 2)</sup>. La etiopatogenia es muy discutida en relación a la implicación de factores infecciosos, inflamatorios y traumáticos<sup>(3)</sup>. Actualmente la etiología infecciosa es la más aceptada, por diseminación hematogena desde un foco infeccioso primario (infecciones respiratorias, otitis media aguda, infección urinaria...). Los hemocultivos suelen ser negativos, como en nuestro caso<sup>(1)</sup>.

El diagnóstico de la discitis en niños pequeños es muy difícil, puesto que el cuadro clínico inicial puede orientar hacia otros órganos distintos de la columna vertebral, como el abdomen, la cadera o el tracto urinario. El tiempo promedio de diagnóstico suele ser de 40 días<sup>(4)</sup>.

Sólo en el 50% de casos se aísla germen en hemocultivos y aspirados del disco, siendo el S. *Aureus* el aislado con mayor frecuencia, seguido de S. *epidérmidis*, S. *Pneumoniae*, bacilos Gram negativos como *Kingella kingae* o E. *Coli* e incluso anaerobios<sup>(5)</sup>.

La realización de la punción biopsica para el aislamiento del germen es discutible, dado el predominio del S. *Aureus* y su buena respuesta a la antibioterapia<sup>(6)</sup>.

Entre las características clínicas, destacar que suelen ser pacientes de corta edad, con un cuadro inicial de rechazo y llanto a la sedestación, bipedestación y deambulación, que puede estar precedido de cuadro orofaríngeo, como nuestra paciente<sup>(5)</sup>.

En escolares y adolescentes los síntomas son más específicos e incluyen raquialgia y limitación de movi-

mientos en la región vertebral afectada (tortícolis en región cervical, dolor abdominal y estreñimiento si la lesión asienta en T8-L1...).

La fiebre moderada y febrícula son habituales aunque en ocasiones pueden faltar y suele mantenerse un llamativo estado general conservado<sup>(4)</sup>.

El síntoma inicial en nuestra paciente fue la claudicación del miembro inferior izquierdo, siendo diagnosticada de sinovitis transitoria de cadera. La clínica que orientó al diagnóstico de espondilodiscitis fue el rechazo a la sedestación e irritabilidad que aumentaba al presionar la región lumbar.

Los datos analíticos fueron anodinos, con leucocitosis y neutrofilia discretas y reactantes de fase aguda moderadamente elevados. La VSG mayor de 30 mm/h y PCR superior a 30 mg/l, suelen ser la norma<sup>(5, 6)</sup>.

El diagnóstico diferencial, hay que realizarlo fundamentalmente con la osteomielitis de cuerpos vertebrales, que presenta un cuadro similar, pero aparece en niños mayores y suele acompañarse de fiebre elevada y deterioro del paciente, con las malignopatías (osteoblastomas, leucemia, metástasis vertebrales), sacroileitis inflamatorias y otras espondilodiscitis infecciosas como la tuberculosis vertebral o mal de Pott, que se debe sospechar si la evolución es tórpida.

Se recomienda realizar la prueba de tuberculina en todos los pacientes con sospecha de espondilodiscitis<sup>(6)</sup>, que en nuestra paciente fue negativa.

Los estudios de imagen son fundamentales para el diagnóstico, siendo la gammagrafía ósea con Tc99 la herramienta diagnóstica más útil para el diagnóstico precoz<sup>(5)</sup>. La resonancia magnética nuclear (RMN) es la prueba de elección, más específica que la TAC y la gammagrafía ósea, y debe realizarse siempre que exista la sospecha clínica de discitis, como en el caso presentado. Es especialmente útil para detectar abscesos paravertebrales o epidurales, protusión discal y afectación vertebral extensa<sup>(6)</sup>.

El tratamiento se basa en la antibioterapia con cobertura antiestafilocócica, por vía intravenosa en las primeras 1-2 semanas, pasando a la vía oral en cuanto se produzca la mejoría, tanto clínica como analítica. Se prolongará hasta la resolución completa del cuadro y la normalización de PCR y VSG, lo que suele suceder a las 3-4 semanas<sup>(7, 8)</sup>.

Durante los primeros días se suelen asociar antiinflamatorios no esteroideos (AINE), generalmente ibuprofeno, para aliviar el dolor.

Respecto a la inmovilización, tampoco existe unanimidad de criterio: algunos recomiendan emplear corsé o lechos de escayola, pero los propios pacientes inician la movilidad en cuanto mejoran, lo que es un dato de gran valor clínico<sup>(6)</sup>.

La cirugía se reserva para aquellos casos que no mejoran con tratamiento médico o para las complicaciones, como los abscesos, osteomielitis extensas o lesiones

neurológicas.

La evolución suele ser favorable, aunque pueden ocurrir recaídas y persistir secuelas radiológicas<sup>(1, 8)</sup>.

En nuestra paciente se mantuvo antibioterapia y reposo durante 3 semanas. El seguimiento posterior confirmó la existencia de lesión discal y vertebral residuales sin repercusión funcional pero que precisó corsé toracolumbar.

### Conclusión

La espondilodiscitis es una infección de difícil diagnóstico, sobre todo en niños pequeños, en los que debe sospecharse cuando presenten rechazo de la sedestación, bipedestación o de la marcha e irritabilidad a la palpación lumbar.

La fiebre y febrícula son bastante comunes, pero no siempre presentes.

La analítica a menudo es anodina, con discreta leucocitosis o incluso con fórmula leucocitaria normal. La PCR y VSG mayores de 30 suelen ser la norma, pero no siempre están elevadas.

La gammagrafía es la herramienta más útil para el diagnóstico precoz, y la RNM la más específica para detectar extensión y complicaciones. La rentabilidad diagnóstica aumenta cuando se realizan ambas exploraciones radiológicas.

El tratamiento antimicrobiano precoz y prolongado es esencial para controlar la infección y prevenir la aparición de secuelas, aunque radiológicamente suelen persistir lesiones residuales.

### Bibliografía

- 1.- Brown R, Hussain M, McHugh K, Novelli V, Jones D. Discitis in young children. *J Bone Joint Surg.* 2001; 83:106-11.
- 2.- Peinado A, Aguirre J, Ramos J, Bonillo A, Rodríguez P, Muñoz A. Discitis y espondilodiscitis en edad preescolar: dificultades para el diagnóstico precoz. *An Pediatr.* 2003; 58:613-4.
- 3.- Garron E, Viehweger E, Launay F, Gaillaume JM, Jouve JL, Bollini G. Nontuberculous spondylodiscitis in children. *J Pediatr Ortho.* 2002; 22: 321-8.
- 4.- Tapia R, Espinosa MG, Martínez MI, González JM, Moreno P. Espondilodiscitis: diagnóstico y seguimiento a medio-largo plazo en 18 casos. *An Pediatr.* 2009; 71:391-9.
- 5.- Calvo C, Merino R. Espondilodiscitis y sacroileitis en la infancia. *An Pediatr.* 2011; 9:275-80.
- 6.- An HS, Seldomridge JA. Spinal Infections: Diagnostic test and imaging studies. *Clin Ortho Relat Res.* 2006; 443:162-8.
- 7.- Rubio B, Calvo C, García J, Ciria L, Navarro M, Ramos J. Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr.* 2005; 62:147-52.
- 8.- Kayser R, Mahlfeld K, Greulich M, Grasshoff H. Spondylodiscitis in childhood: results of a long-term study. *Spine.* 2005; 30:318-23.