

Discitis o espondilodiscitis

D. Blázquez Gamero, M.I. González Tomé, P. Rojo Conejo,
I. González Granado, V. López*, J. Ruiz Contreras

Servicio de Inmunodeficiencias. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

*Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

CONCEPTO

La discitis o espondilodiscitis es un proceso inflamatorio que afecta al disco intervertebral y a la superficie de los cuerpos vertebrales. Se presenta habitualmente en niños menores de 6 años con afectación predominante de la región lumbar.

ETIOLOGÍA

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. *S. aureus* es el microorganismo más frecuentemente aislado tanto en hemocultivos como en los aspirados del disco, seguido de *S. epidermidis*, *S. pneumoniae* y otros estreptococos, bacilos gram negativos como *Kingella kingae* o *E. coli* e incluso anaerobios⁽¹⁻³⁾. Las infecciones por *Candida* o micobacterias pueden presentarse en pacientes de mayor edad o con factores predisponentes⁽⁴⁾.

PATOGENIA

Aunque la columna lumbar (L4-L5) o torácica baja es la zona que se afecta de forma más frecuente, existen casos descritos de discitis cervical.

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 durante la infancia de vasos en la superficie cartilaginosa de los cuerpos vertebrales y en el anillo fibroso, que posteriormente involucionan en la edad adulta, explica la diferencia de incidencia que existe entre los niños y los adultos⁽⁵⁾.

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

1. Anamnesis y exploración física

En la exploración física de los niños pequeños destaca el rechazo de la bipedestación o de la marcha y la irritabilidad con la flexión de las caderas (aunque en menor grado que en la artritis séptica) o con la palpación de la región lumbar. Puede presentarse una contractura de los músculos paraespinosos y una disminución de la lordosis lumbar.

Algunos niños utilizan las manos para alcanzar la bipedestación (maniobra de Gowers).

Los niños de mayor edad localizan el dolor en la zona lumbar. La rigidez y la limitación de los movimientos lumbares son características de este cuadro.

Aunque no es habitual la presencia de afectación neurológica (alteraciones del tono, de los reflejos osteotendinosos o

debilidad muscular) su existencia no descarta la discitis y es indicación de realización de pruebas de imagen.

2. Pruebas de laboratorio

- Leucocitos: normales o levemente elevados (en un tercio de los casos).
- La elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG > 30 mm/h) está casi siempre presente.
- La proteína C reactiva (PCR) se encuentra elevada en el 50% de los casos y es útil para monitorizar el tratamiento⁽²⁾.
- Hemocultivos: tienen un bajo rendimiento.
- Se debe realizar la prueba de la tuberculina (PPD) a todo paciente con sospecha de discitis.
- Radiografía (Rx) de la zona lumbosacra.

3. Aspiración con aguja guiada

Dada la morbilidad de esta técnica y el bajo rendimiento de los cultivos en niños (37%), debe reservarse para los casos que no mejoren con el tratamiento antibiótico empírico o en aquellos pacientes con afectación extensa del cuerpo vertebral. Se debe realizar cultivo para bacterias, micobacterias y hongos⁽²⁾.

4. Pruebas de imagen

- **Rx lateral de columna:** los hallazgos más significativos son:
 - a) Inicio: pérdida de lordosis lumbar.
 - b) 1 semana de evolución: estrechamiento del espacio intervertebral.
 - c) 3-4 semanas: erosión de superficie vertebral con irregularidad del espacio intervertebral.

TABLA I. Antibióticos utilizados en el tratamiento de la discitis⁽⁶⁾.

Fármaco	Vía	Dosis (mg/kg/día)	Pauta
Cloxacilina	i.v.	150	6 h
Cefazolina	i.v./i.m.	100	8 h
Cefuroxima	i.v.	150	8 h
	v.o.	60	8 h
Cefadroxilo	v.o.	60	8 h
Cefalexina	v.o.	100-150	6-8 h

- d) > 3 meses: cambios escleróticos de la superficie vertebral, pudiendo aparecer fusiones vertebrales.
- **Gammagrafía con Tecnecio^{99m}**: aumento de la captación en el disco afecto. Útil para localizar la zona afectada en niños pequeños.
 - **Tomografía axial computarizada (TAC)**: estrechamiento del espacio y afectación de los cuerpos vertebrales. No aporta información adicional para el manejo frente a la radiología simple.
 - **Resonancia magnética nuclear (RMN)**: es más sensible que la gammagrafía y la TAC para el diagnóstico de discitis, siendo la técnica de elección. Es especialmente útil para detectar abscesos paravertebrales, abscesos epidurales o protrusión discal y afectación vertebral extensa. Se debe realizar siempre que exista deformidad espinal, si existe sospecha clínica de discitis sin alteraciones en la radiología o en el TAC, ante la falta de respuesta a los 3 días de tratamiento antibiótico intravenoso y cuando se presenten alteraciones neurológicas.

5. Diagnóstico diferencial

1. Procesos infecciosos:

- Osteomielitis vertebral o de pelvis.
- Artritis séptica de cadera.
- Absceso del psoas o de las estructuras pélvicas.
- Abscesos epidurales.
- Tuberculosis vertebral (*Mal de Pott*).
- Brucelosis.

2. Traumatológicos e inflamatorios:

- Fracturas y hernias discales.
- Enfermedad de Scheuermann.
- Espondilitis anquilosante.
- Necrosis avascular del cuerpo vertebral.

3. TumORALES:

- Osteoma osteoide.
- Osteoblastoma.
- Metástasis vertebrales.

4. Espondilolistesis.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en la antibioterapia con cobertura antiestafilocócica, que inicialmente se realizará de forma intravenosa (1-2 semanas), con paso a vía oral en cuanto se produzca mejoría tanto clí-



nica (desaparición del dolor y de la fiebre) como analítica, con descenso de VSG y PCR. 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).

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.

PRONÓSTICO

La mayoría de los niños con discitis presentan alteraciones persistentes de la Rx como estrechamiento del espacio intervertebral, cambios escleróticos de las superficies vertebrales e incluso fusiones vertebrales. A pesar de este hecho, más del 80% no tienen síntomas a largo plazo, aunque el 20% restante pueden cursar con dolor lumbar crónico, escoliosis per-

sistente o limitaciones en los movimientos vertebrales⁽⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Early S, Kay R, Tolo V. Childhood diskitis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2003; 11(6): 413-20.
2. Garron E, Viehweger E, Launay F, Guillaume J, Jouve J, Bollini G. Non tuberculous spondylodiscitis in children. *J Pediatr Orthop.* 2002; 22(3): 321-8.
3. Rubio Gribble B, Calvo Rey C, García-Consuegra J, Ciriá Calabria L, Navarro Gómez M, Ramos Amador J. Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62(2): 147-52.
4. Karadimas E, Bungler C, Lindblad B, Hansen E, Høy K, Helmig P, et al. Spondylodiscitis. A retrospective study of 163 patients. *Acta Orthop.* 2008; 79(5): 650-9.
5. Gutiérrez K. Diskitis. Principles and practice of pediatric infectious diseases. En: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. 3rd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier; 2008. p. 488-91.
6. Garrido Colino C, Saavedra Lozano J. Osteomielitis y artritis séptica. *Infectología pediátrica: guía de actuación diagnóstico-terapéutica.* Moreno Pérez D, Mellado Peña MJ, Ramos Amador JT. Barcelona, Madrid: EDIKA MED; 2007. p. 75-7.
7. Kayser R, Mahlfeld K, Greulich M, Grasshoff H. Spondylodiscitis in childhood: results of a longterm study. *Spine.* 2005; 30(3): 318-23.