



A-38. - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ESPONDILODISCITIS INFECCIOSAS DIAGNOSTICADAS EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA

S. Muñoz Guillamó, Y. Sánchez Martínez, J. Escribano Establé, E. Vázquez Vázquez, F. Mora Gómez, A. Guillamón Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Torrevieja. Torrevieja (Alicante).

Resumen

Objetivos: Describir las peculiaridades epidemiológicas, clínicas, radiológicas y microbiológicas de la espondilodiscitis infecciosa así como la respuesta a los tratamientos utilizados.

Métodos: Para la identificación de casos se utilizó el archivo de diagnósticos al alta del servicio de documentación clínica. Se incluyeron los siguientes diagnósticos relacionados con espondilodiscitis infecciosa: osteomielitis infecciosa, osteomielitis aguda, osteomielitis vertebral, discitis y espondilitis. El estudio se llevó a cabo entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de mayo 2013. La serie no consideró casos cuya etiología era *M. tuberculosis*.

Resultados: Se recogieron 18 casos, 72% eran hombres. La edad media fue de 70 años. En 12 casos hubo diseminación hematogena, de estos en 7 pacientes se encontró foco primario (4 cutáneo, 2 urinario, 1 endocarditis). El microorganismo más frecuente en los hemocultivos fue *Staphylococcus aureus* en 6 casos, seguido de bacilos gram negativos en 4. En segundo lugar 2 casos se originaron por contigüidad y en 1 solo caso tras cirugía espinal. En 5 pacientes no se encontró el origen. El diagnóstico por imagen se realizó en el 78% de los casos con RNM y en el 22% con TC. El 61% se dio en dos o más áreas, siendo la localización más frecuente la columna lumbar con 11 casos. También en 11 casos se tomó muestra del absceso (10 mediante cirugía y 1 mediante PAAF) y de los 8 que resultaron positivos, el SAMS, con 4 aislamientos fue la bacteria más frecuente. El 56% de los pacientes fue tratado con cirugía más antibioterapia. No hubo diferencias en los que fueron tratados solo con antibioterapia respecto a supervivencia, siendo la indicación más frecuente de la cirugía la descompresión medular. La estancia media hospitalaria fue de 26,22 días y la duración media del tratamiento antibiótico fue de 52 días. Seis pacientes fueron dados de alta con hospitalización domiciliaria. Ocho se curaron, 6 fallecieron, 3 quedaron con secuelas, y en 1 no se pudo completar el seguimiento.

Discusión: La incidencia aproximada de la espondilodiscitis infecciosa es de 0,5 a 2,5 casos/100.000 habitantes año. El diagnóstico es difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas. Afecta preferentemente a hombres en la sexta, séptima década de la vida en circunstancias favorecedoras como son las neoplasias, diabetes, inmunosupresión y sobre todo por la presencia de dispositivos intravasculares, lo que condiciona que la vía hematogena sea la forma más frecuente de diseminación (en el 70% de los casos los hemocultivos son positivos). La afectación de una sola

vértebra es excepcional y como se evidencia en nuestro estudio las lumbares son las más implicadas. *S. aureus* (40-65%) es el microorganismo aislado con mayor frecuencia seguido por los bacilos Gram negativos (25-30%) en relación con la instrumentación de la vía urinaria. El diagnóstico se realiza por imagen, RNM o TC, si bien la confirmación se establece por PAAF guiada por TC o biopsia quirúrgica. El tratamiento solo con antibióticos supone el 75% de los casos. En nuestro centro este índice es mucho menor y se recurrió en un 56% de los pacientes a la cirugía ante la presencia de compromiso medular. En espera de los hemocultivos se recomienda tratamiento empírico, con antibióticos intravenosos, a altas dosis y durante 4-6 semanas. Una vez aislado el microorganismo se ajustará tratamiento según antibiograma, pudiendo en caso de evolución favorable administrar terapia oral las últimas semanas. La tasa de mortalidad publicada es del 5%, en nuestro caso 30% debida a la elevada complejidad de los casos, lo que viene refrendado por el número de enfermos que precisaron cirugía.

Conclusiones: La espondilodiscitis es un proceso poco frecuente pero cuya incidencia parece estar aumentando. Su diagnóstico precisa un alto índice de sospecha. El tratamiento implica utilización de antibioterapia intravenosa prolongada a altas dosis. La mortalidad continua siendo elevada.