

ESPONDILODISCITIS EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

Autor: Belén García Ruiz de Cenzano

Tutor: M^a Carmen Vicent, Concepción Ruiperez

Hospital General Universitario de Alicante. R3 Pediatría

Índice

- Generalidades
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico
- Serie de casos
- Conclusiones

Generalidades

- Proceso inflamatorio del disco vertebral que da lugar a una disminución del espacio discal
- Etiopatogenia exacta desconocida: infección, traumatismo o inflamación
- Epidemiología:
 - Incidencia estimada: 0,2-2 casos por cada 100.000 niños al año
 - 2-7% de las infecciones osteomusculares
 - 2 picos de incidencia: primera infancia y adolescencia
 - No diferencia entre sexos

Clínica

- Sintomatología inespecífica y variable según la edad:

LACTANTES

- Rechazo de la marcha o gateo
- Dolor a la bipedestación y sedestación
- Irritabilidad

> 3 AÑOS

- Coxalgia o cojera
- Dolor abdominal
- Estreñimiento

ADOLESCENTES

- Dolor localizado de inicio lento
- Menor limitación funcional
- Retraso diagnóstico frecuente

Clínica

- La localización más frecuente es la lumbar
- La aparición de fiebre es variable
- Es habitual la presencia de abscesos epidurales y paravertebrales, la mayoría de evolución favorable sin requerir drenaje
- La afectación neurológica es poco frecuente

Diagnóstico

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Hallazgos inespecíficos
- Requiere alto índice de sospecha
- Retraso diagnóstico de varios días
- Dolor a la percusión vertebral
- Rigidez, contractura
- Pérdida de lordosis lumbar

LABORATORIO

- Analítica frecuentemente normal
- Discreta leucocitosis, elevación de PCR y VSG

MICROBIOLOGÍA

- Hemocultivo negativo en la mayoría de los casos
- Agente causal más frecuentemente aislado: ***S. aureus***
- Otros: ***Kingella kingae***, *S. epidermidis*, *S. pneumoniae*, *Salmonella*, *M. tuberculosis*, *Brucella*
- Indicación de aspiración discal controvertida

Diagnóstico

PRUEBAS DE IMAGEN

- Rx columna:
 - Normal en fases iniciales
 - Disminución del espacio intervertebral
 - Superficies vertebrales erosionadas
 - Puentes óseos entre las vértebras
- Gammagrafía ósea con Tc99:
 - Inespecífica
 - Localiza la lesión precozmente
- RMN columna con contraste:
 - **Gold standard**
 - Elevada sensibilidad y especificidad
 - Permite visualizar abscesos o afectación de raíces

Diagnóstico diferencial

- Artritis séptica de cadera
- Meningitis
- Síndrome de Guillain-Barré
- Fracturas
- Procesos tumorales benignos o malignos: tumores óseos, leucemia, metástasis vertebrales

Tratamiento

- Etiología incierta ➡ tratamiento no bien establecido
- Se recomienda:
 - Antibioterapia empírica (por vía intravenosa inicialmente)
 - Antiinflamatorios no esteroideos
 - Inmovilización sistemática
- Drenaje quirúrgico ➡ abscesos de gran tamaño, complicaciones neurológicas o mala evolución

Tratamiento

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA

S. Aureus

Gram
negativos

**CLOXACILINA +
CEFOTAXIMA**

**VANCOMICINA/
CLINDAMICINA**

Si sospecha
de SARM

CEFUROXIMA

DURACIÓN:

- No bien definida
- Se recomienda mantener por vía intravenosa hasta obtener una respuesta clínica y analítica
- Continuar por vía oral hasta completar 4-6 semanas

Pronóstico

- Proceso benigno con evolución favorable en la mayoría de los casos
- Secuelas: más frecuentes en niños mayores o si retraso diagnóstico importante

CLÍNICAS:

- Dolor o molestias crónicas
- Cifosis local
- Limitación funcional
- Recaídas
- Secuelas neurológicas

RADIOLÓGICAS:

- Disminución o pérdida del disco
- Fusión vertebral
- Acuñaamiento cuerpos vertebrales

- Importante el seguimiento a largo
- Algunos pacientes se benefician de rehabilitación
- Los abscesos no complicados no parecen conferir peor pronóstico

Serie de casos

Pacientes pediátricos atendidos en el HGUA

Diagnóstico de espondilodiscitis/osteomielitis vertebral

Desde el año 2000 hasta el momento actual

Se excluye el diagnóstico de tuberculosis vertebral y sacroileítis

Serie de casos: pacientes

10 pacientes

Sexo

8 niños

2 niñas

Edad

3 entre 12 y 21 meses

6 entre 2 y 5 años

1 de 14 años

**Hospital
de origen**

3 Elda

2 San Juan

2 Vega Baja

2 Alicante

1 Vinalopó

**Año
diagnóstico**

6 entre 2000 y 2010

5 entre 2011 y 2022

Serie de casos: localización

6 espondilodiscitis
lumbares



2 L4-L5
2 L5-S1
1 L3-L4
1 T12-L1

1 osteomielitis
lumbar (L5)

1 espondilodiscitis
dorsal (T11-T12)

1 absceso
paravertebral y
osteomielitis de T2

1 espondilodiscitis
cervical (C5-C6)

Serie de casos: clínica

Antecedente de traumatismo en 3 pacientes

Rechazo de la marcha/gateo/sedestación + irritabilidad	8 pacientes	
Cervicalgia	2 pacientes	
Coxalgia/cojera	2 pacientes	
Dolor abdominal y estreñimiento	3 pacientes	→ ED T11-T12 ED T12-L1 ED L4-L5
Fiebre	3 pacientes (> 39 °C)	
Síntomas neurológicos	1 paciente (ED cervical)	
Rigidez nuchal, meníngeos +	1 paciente (ED T12-L1)	

Serie de casos: retraso diagnóstico

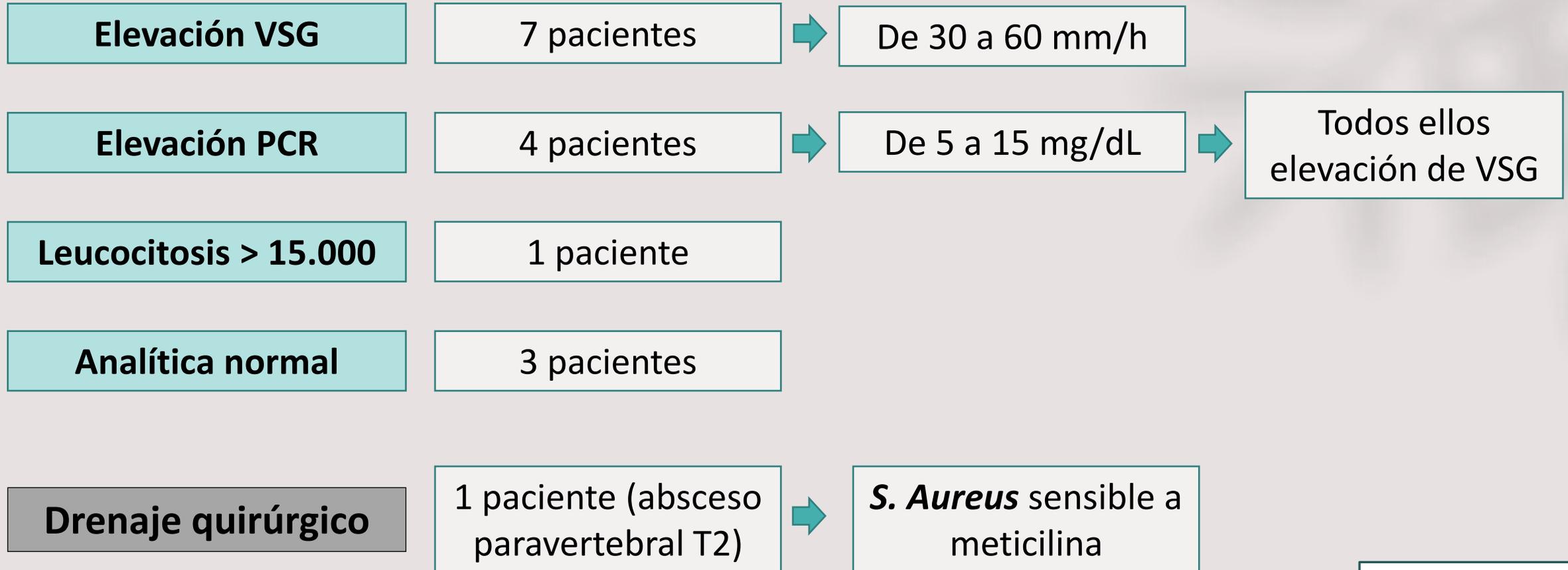
< 5 días	3 pacientes
5-15 días	3 pacientes
15-30 días	2 pacientes
30-60 días	2 pacientes

→ Coxalgia -> diagnósticos repetidos de sinovitis transitoria de cadera

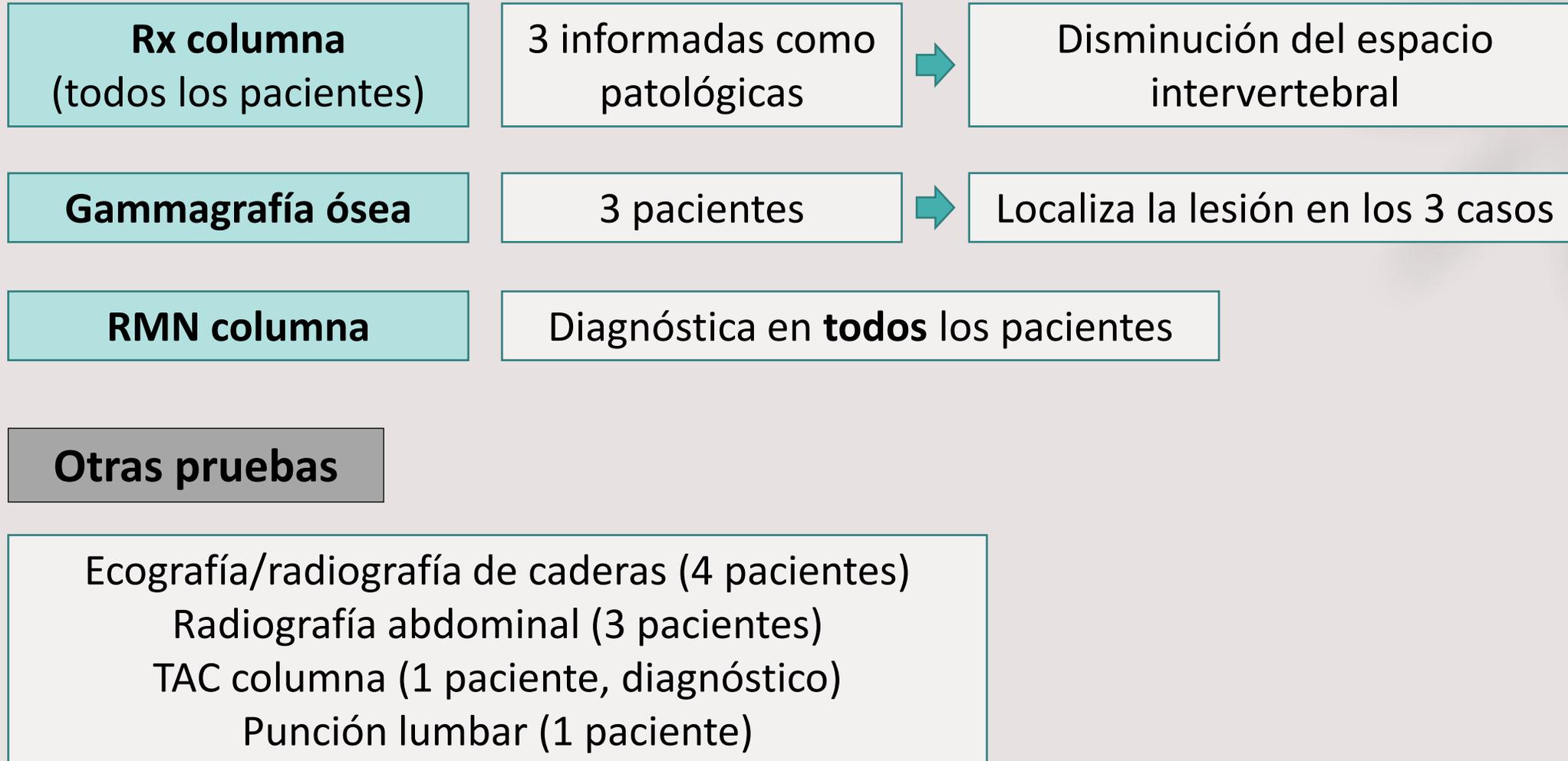
Media de retraso diagnóstico: **20 días**

Media de 3 visitas al servicio de urgencias con diagnósticos erróneos

Serie de casos: analítica

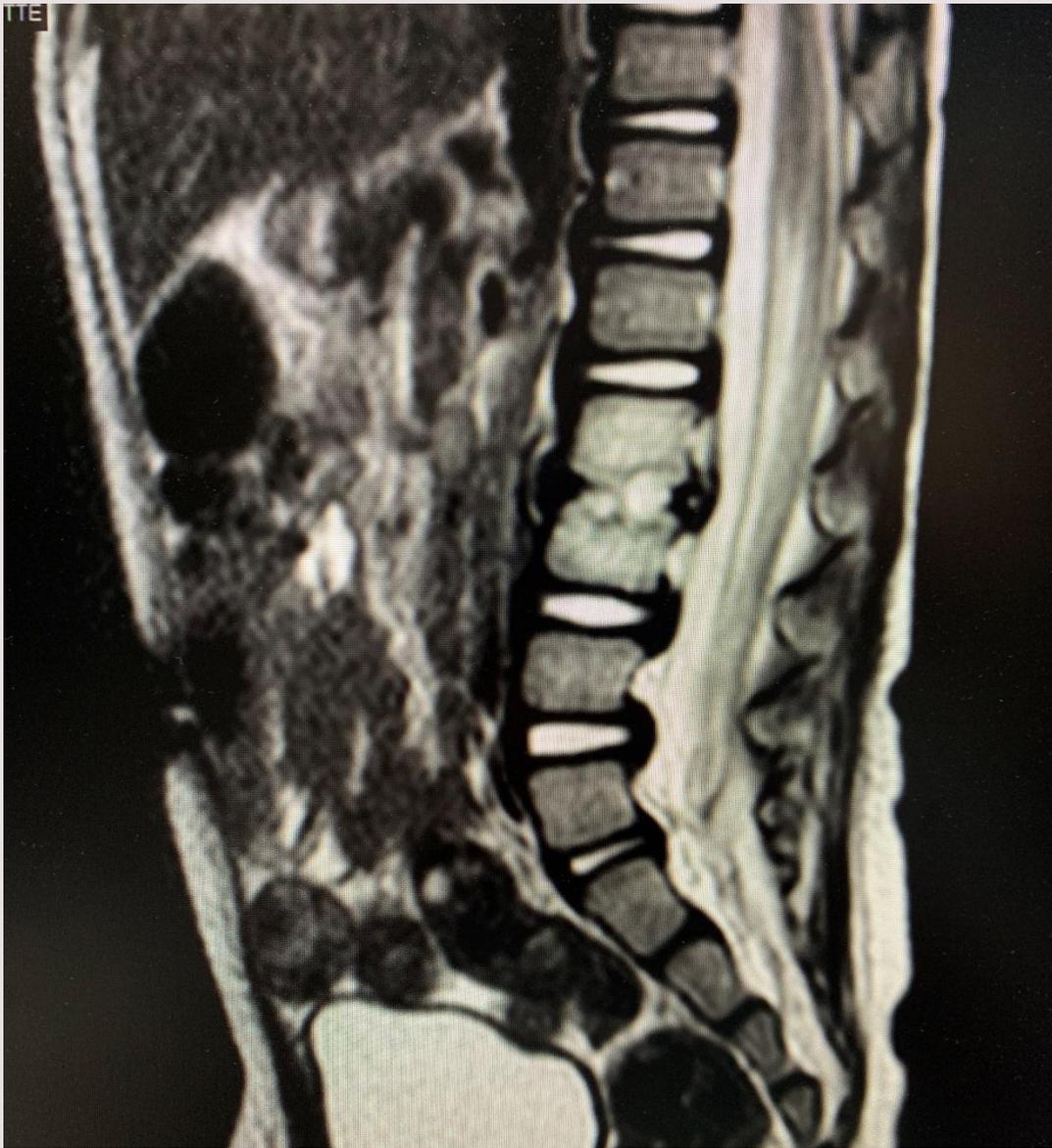


Serie de casos: pruebas de imagen





Rx columna: disminución espacio intervertebral L3-L4 y erosión de superficies vertebrales



RMN columna con contraste:
espondilodiscitis L3-L4



RMN columna con contraste:
osteomielitis L5

Serie de casos: tratamiento

Antibioterapia

Vía intravenosa:
7 pacientes 12-15 días
2 pacientes 21 días
1 paciente 7 días

Vía oral:
Hasta completar
4-6 semanas

4 pacientes



Cefotaxima + cloxacilina

Cefuroxima

3 pacientes



Cefotaxima + vancomicina

Cefadroxilo
Cefixima
Amoxicilina-clavulánico

2 pacientes



Cefuroxima

Cefuroxima

1 paciente

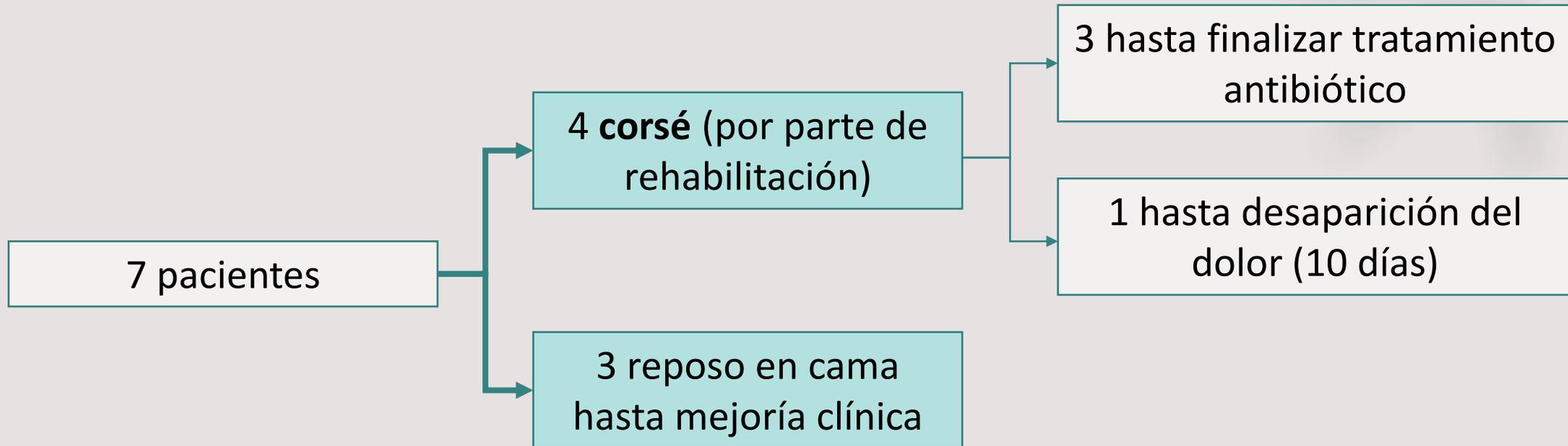


**Cloxacilina + ceftriaxona +
metronidazol**

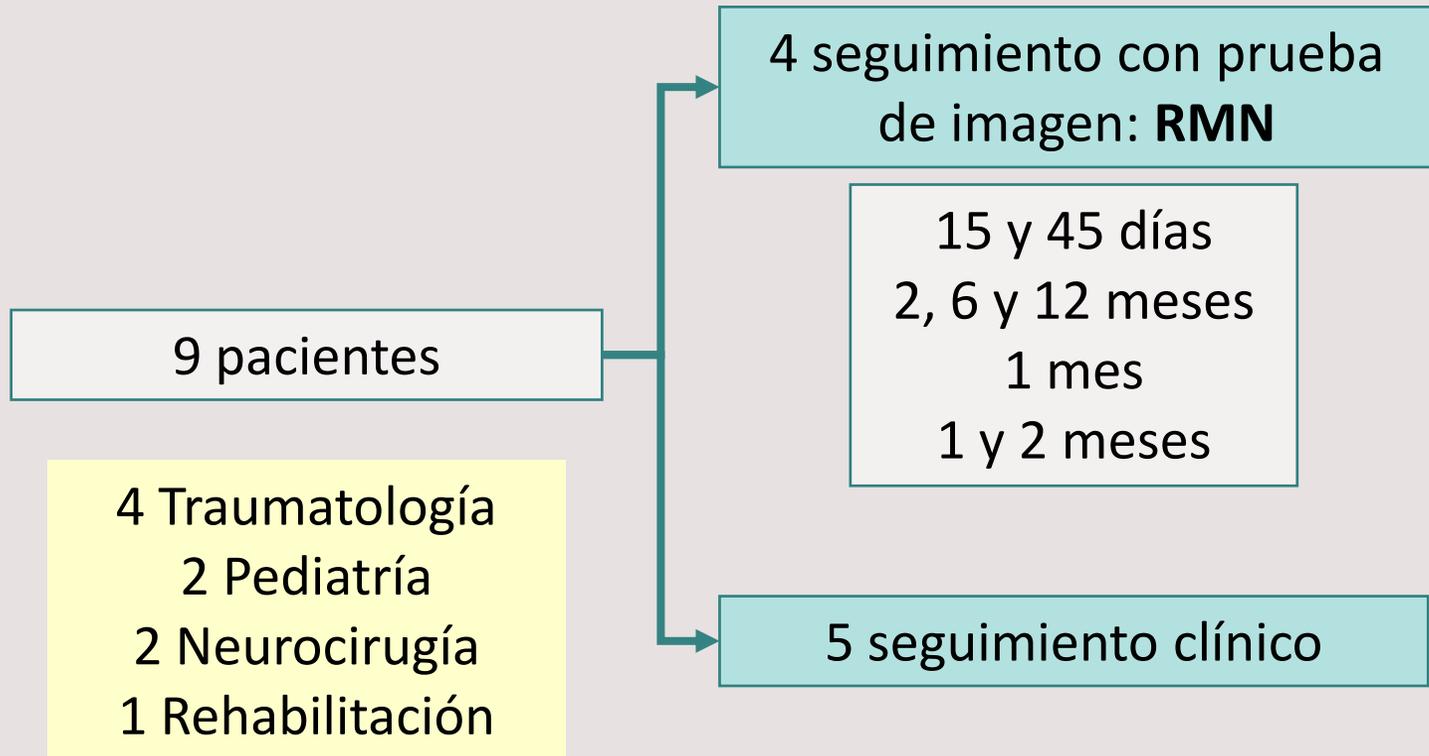
Clindamicina v.o

Serie de casos: tratamiento

Inmovilización



Serie de casos: seguimiento



Secuelas radiológicas:

- Acuñaamiento o disminución de cuerpos vertebrales
- Cifosis lumbar
- Destrucción y pérdida discal

Secuelas clínicas:

- No constan

Conclusiones

- La espondilodiscitis es una entidad infrecuente en edad pediátrica que requiere un elevado índice de sospecha
- La sintomatología es inespecífica y depende de la edad de presentación
- Tiene un curso favorable en la mayoría de los casos, pero puede ser causa de importante morbilidad
- La prueba diagnóstica de elección es la RMN de columna
- Se recomienda antibioterapia empírica e inmovilización en todos los pacientes
- Es importante realizar un seguimiento a largo plazo para detectar posibles secuelas

Bibliografía

- Tapia-Moreno R, Espinosa-Fernández MG, Martínez-León MI, González-Gómez JM, Moreno-Pascual P. Espondilodiscitis: diagnóstico y seguimiento a medio-largo plazo de 18 casos. *An Pediatr*. 2009; 71:391-9.
- Calvo-Rey C, Merino-Muñoz M. Espondilodiscitis y sacroileítis en la infancia. *An Pediatr Contin*. 2011; 9: 275-80
- Crawford AH, Kucharzyk DW, Ruda R, Smitherman HC. Diskitis in children. *Clin Orthop Relat Res*. 1991; 266:70-9
- Kaser R, Mahlfeld K, Greulich M, Grasshoff H. Spondylodiscitis in childhood: results of a long-term study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005; 30:318-23
- Rubio-Gribble B, Calvo-Rey C, García-Consuegra J, Ciria-Calabria L, Navarro-Gómez ML, Ramos-Amador JT. Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr*. 2005; 62:147-52
- Garron E, Viehweger E, Launay F, Guillaume JM, Jouve JL, Bollini G. Nontuberculous spondylodiscitis in children. *J Pediatr Orthop*. 2002; 22:321-8
- An HS, Seldomridge JA. Spinal infections: diagnostic tests and imaging studies. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 444:27-33

ESPONDILODISCITIS EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

Autor: Belén García Ruiz de Cenzano

Correo-e: *belgar95@gmail.com*