

Caso clínico

Espondilodiscitis a germen inusual: análisis de un caso clínico y revisión de la bibliografía

Spondylodiscitis caused by an unusual organism: clinical case report and literature review

Dra. Marie-Anne Morin

Residente de Medicina Interna.
Clínica Médica B. Hospital de Clínicas
"Dr. Manuel Quintela". Facultad de
Medicina. UdelaR. Montevideo.

Dr. Sebastián Escudero

Médico Internista. Ex Residente de
Medicina Interna, Clínica Médica
B, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel
Quintela". Facultad de Medicina.
UdelaR. Montevideo.

Dr. Leonardo Sosa

Profesor Director de Clínica Médica
B. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel
Quintela". Facultad de Medicina.
UdelaR. Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2014 36(3):115-117

La espondilodiscitis infecciosa es una entidad poco frecuente que afecta el disco intervertebral y las vértebras adyacentes. Su importancia clínica radica en la morbilidad que determina. En este caso nos centraremos en la espondilodiscitis piógena (EP) y, dentro de ella, en la estreptocócica. Se presenta el caso clínico de un paciente con espondilodiscitis por *Streptococcus intermedius* perteneciente al grupo *viridans*, se analizan las características clínicas, y se realiza una breve revisión bibliográfica.

Plabras clave: espondilodiscitis piógena; *Streptococcus viridans*, abscesos del psoas, sepsis.

ABSTRACT: Arch Med Interna 2014 36(3):115-117

Infectious spondylodiscitis is a rare condition that affects the intervertebral disc and adjacent vertebrae. Its clinical relevance is related with its morbidity. In this case we will focus on the pyogenous spondylodiscitis (PS), and more specifically, streptococcal. Clinical case report of a patient with spondylodiscitis caused by *Streptococcus intermedius* of the *viridans* group, with a description of the clinical features and a brief literature review.

Key words: pyogenic spondylodiscitis; *Streptococcus viridans*, abscesses of the psoas muscle, sepsis.

INTRODUCCIÓN

En la era preantibiótica, la mortalidad por espondilodiscitis infecciosa era de aproximadamente un 25%⁽¹⁾. Actualmente la mortalidad es menor al 5%^(1,2,11), pero su importancia clínica radica en su alta morbilidad, dejando secuelas neurológicas graves y dolor crónico invalidante hasta en un tercio de los casos⁽¹⁾.

Es una enfermedad que predomina en mayores de 50 años. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. Su incidencia se estima en 0,5 a 2,5 casos cada 100.000 habitantes por año^(2,11). En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia debido al envejecimiento de la población, la adicción a drogas intravenosas, al aumento de las bacteriemias nosocomiales y de las cirugías de columna vertebral⁽²⁾.

Los patógenos pueden alcanzar las vértebras por vía hematógena, por contigüidad o inoculación directa (trauma o cirugía de columna). La vía hematógena es la más frecuente. Los focos primarios de bacteriemia incluyen el tracto genitourinario, piel y partes blandas, tracto respiratorio inferior, focos sépticos dentarios, endocarditis o catéteres endovasculares.

En 37 a 53% de los casos no es posible detectar el foco que origina la infección⁽²⁾. La EP afecta predominantemente la columna lumbar (58%), seguida por la torácica (30%) y la cervical (11%)^(1,2).

Las espondilodiscitis infecciosas clásicamente se dividen en tres grandes grupos etiológicos: piógena, tuberculosa y brucelar.

Si bien la etiología tuberculosa sigue siendo la más frecuente a nivel mundial⁽¹⁾, este trabajo se centra en la EP. Los principales agentes causales son: *Staphylococcus aureus* que representa alrededor de 50% de los casos en la mayoría de las series, seguido por bacilos gram negativos (30%) y *Streptococcus spp.* (14%)^(1-3,11).

El curso clínico de las EP es habitualmente subagudo y con sintomatología inespecífica lo que muchas veces retrasa el diagnóstico. Se describen diferencias en la forma de presentación clínica según el microorganismo aislado. En los casos a *Streptococcus spp.* es frecuente la asociación con endocarditis infecciosa (31%)^(4,5); en el 89% de estos el *Streptococcus viridans* es el patógeno causal⁽⁴⁾. Este grupo se destaca por el mayor retraso diagnóstico y la menor incidencia de fiebre y síntomas sistémicos^(3,4). Particularmente el *Streptococcus*

coccus intermedius se asocia a complicaciones supurativas⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Hombre de 54 años, con antecedentes de alcoholismo y ex tabaquista intenso.

Consulta por lumbalgia de un mes de evolución, intensa, progresiva y que no calma con antiinflamatorios no esteroideos. Concomitantemente presenta sensación febril y repercusión general.

En días previos a la consulta agrega dolor en flanco y fosa iliaca izquierda (FII) con irradiación a región inguinal homolateral. En la evolución presenta parestesias de miembro inferior izquierdo (MII) e impotencia funcional por dolor.

Del examen físico al ingreso se destacamos: febril, hipocoloreado, mal perfundido y con múltiples focos sépticos dentarios. Intenso dolor a la movilización activa y pasiva de los MMII. Sin déficit neurológico. La palpación abdominal evidenciaba dolor difuso a predominio de la FII. Las fosas lumbares estaban dolorosas. Se adjunta tabla con analítica al ingreso (Tabla I).

Tabla I. Analítica al ingreso.

Leucocitos	28950/mm ³ (Neutrófilos 24720)
Hemoglobina	6 g/dL
Plaquetas	478.000/mm ³
VES	> 120 mm/1 ^{er} hora
PCR	317 mg/L
Procalcitonina	14,78 ng/mL
Tiempo de Protrombina	43%
Azoemia	70 mg/dL
Creatininemia	1,71 mg/dL
Bilirrubina total	2,22 mg/dL
Bilirrubina directa	2,03 mg/dL
GOT	102 U/L
GPT	68 U/L

Se planteó diagnóstico de sepsis a punto de partida de espondilodiscitis piógena, con probable colección abdomino-pelviana. Se realizó TC de columna toraco-lumbo-sacra que confirmó el planteo de espondilodiscitis L1-L2, complicada con abscesos múltiples del psoas (Figuras 1 y 2).

Se inició tratamiento empírico en base a vancomicina, ciprofloxacina y rifampicina. Se aisló *Streptococcus intermedius* a partir de muestras obtenidas del drenaje de los abscesos del psoas y de dos hemocultivos seriados en sangre periférica. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transeofágico que fueron negativos para endocarditis infecciosa. Se rotó el plan antibiótico a ceftriaxona de acuerdo a la sensibilidad del germen aislado. Presentó buena evolución clínica, con descenso de reactantes de fase aguda y mejoría de disfunciones orgánicas.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se presenta un caso clínico de EP a *Streptococcus intermedius*. Dicho germen forma parte del grupo de los *Streptococcus viridans* y dentro de ellos pertenece al grupo an-



Fig. 1. Espondilodiscitis L1-L2: disminución del espacio L1-L2 con pérdida del margen cortical de platillos vertebrales y destrucción ósea.

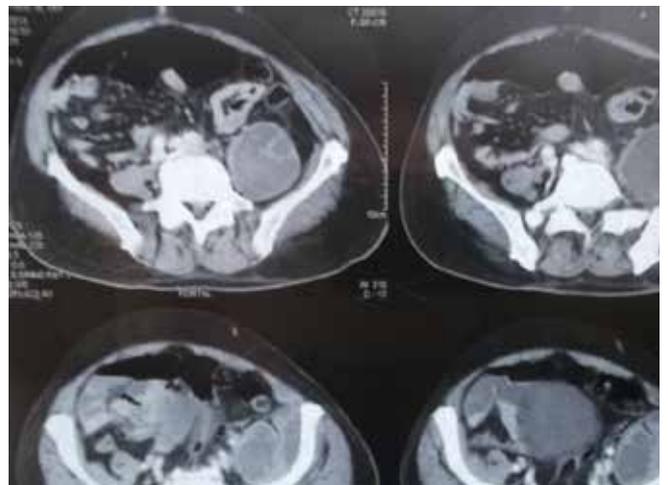


Fig. 2. Abscesos del psoas.

ginosus. Como mencionamos previamente se trata de una etiología rara de espondilodiscitis, que asocia con frecuencia endocarditis infecciosa (EI)^(4,6).

Como peculiaridades en este caso clínico destacamos: El diagnóstico al ingreso de sepsis, es una forma clínica

muy poco habitual de presentación de la espondilodiscitis. La EP causada por estreptococo del grupo *viridans* suele presentarse con evolución subaguda-crónica llevando a un mayor retraso diagnóstico.

Destacamos la ausencia de alteraciones ecocardiográficas que nos permitieran hacer diagnóstico de EI. La afectación endocárdica se descartó mediante realización de ecocardiograma transesofágico, cuya sensibilidad diagnóstica es de 90-100%⁽⁷⁾.

La presencia de abscesos del psoas y su bilateralidad. Los abscesos de psoas secundarios, ocurren por diseminación directa de la infección al músculo psoas desde una estructura adyacente. Las vértebras son en gran parte de los casos el sitio primario de infección^(8,9). Los abscesos de psoas constituyen una complicación de la espondilodiscitis en 3-15% de los casos⁽²⁾. Los abscesos de psoas bilaterales son poco frecuentes, en la mayoría de las series la frecuencia de abscesos bilaterales es de 1-5%. Es de señalar que dentro de los estreptococos de grupo *anginosus* el *Streptococcus intermedius* se asocia particularmente con la formación de abscesos⁽⁵⁾.

Los aspectos terapéuticos

No existen ensayos clínicos controlados sobre la terapia antimicrobiana en la espondilodiscitis. En nuestro caso dada la gravedad del paciente, se optó por el inicio de antibiocioterapia empírica precoz y de amplio espectro que fuera efectiva frente a estafilococos, estreptococos y bacilos gram negativos. A su vez se procedió al drenaje de las colecciones presentes en ambos músculos psoas. Una vez aislado el germen y de acuerdo al antibiograma, se rotó la antibiocioterapia, utilizándose dosis altas para asegurar una buena penetración ósea (ceftriaxona 2 g i/v cada 12 hs.). Si bien no hay consenso en la duración del tratamiento, la mayoría de estudios y guías terapéuticas plantean al menos 6 semanas de antibiocioterapia⁽¹²⁾, en este caso dada la extensa destrucción ósea así como la presencia de abscesos se realizó antibiocioterapia por 8 semanas.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de EP por *Streptococcus intermedius* del grupo *viridans*. Se destaca su tendencia a provocar infecciones piógenas con formación de abscesos.

Dada la frecuente asociación de EP por estreptococo del grupo *viridans* y endocarditis infecciosa, esta entidad deberá ser descartada mediante ecocardiograma transesofágico cuando se aisle un Estreptococo *viridans* como agente cau-

sal. Destacamos como peculiaridades del caso presentado: la presentación inicial a forma de sepsis, la ausencia de endocarditis infecciosa asociada, y la formación de múltiples abscesos de psoas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gouliouris T, Aliyu S, Brown N. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemoter* 2010; 65 (3): 11-24.
2. Pintado-García V. Espondilodiscitis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clín* 2008; 26(8): 510-7.
3. Weber M, Gubler J, Fahrner H, Crippa M, Boos N, Gerber H. Spondylodiscitis Caused by Viridans Streptococci: Three Cases and a Review of the Literature. *Clin Rheumatol* 1999; 18: 417-421.
4. Murillo O, Roset A, Sobrino B, Lora-Tamayo J, Verdaguer R, Jiménez-Mejías E, Nolla JM, Colmenero J de D, Ariza J. Streptococcal vertebral osteomyelitis: multiple faces of the same disease. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20(1):33-8.
5. Palavecino E. Streptococcus grupo anginosus: ¿Es su identificación clínicamente importante? *Rev Chil Infectol* 2004; 21(3): 261-267.
6. Luz A, Castro A, Ribeiro R, Bernardo L, Carvalho H, Bernardo A, et al. Endocardite bacteriana a Estreptococos do Grupo viridans associada a espondilodiscite. *Rev Port Cardiol* 2004; 23 (5): 723-728.
7. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa [en línea]. *Rev Esp Cardiol*. 2009 [acceso 14/10/2014] ;62(12):1465.e1-.e54. Disponible en: http://pdf.revvespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145648&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=23&accion=L&origen=cardio&web=www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v62n12a13145648pdf001.pdf
8. Muckley T, Schutz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas Abscess: The Spine as a Primary Source of Infection [en línea]. *SPINE* 2003 [acceso 14/10/2014]; 28 (6): E106-E113.
9. Wong OF, Ho PL, Lam SK. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. *Hong Kong Med J* 2013;19:416-23.
10. Lin MF, Lau YJ, Hu BS, Shi ZY, Lin YH. Pyogenic psoas abscess: Analysis of 27 cases. *J Microbiol Immunol Infect*. 1999; 32:261-268.
11. Danza A, Roca F, Batista I. Espondilodiscitis Infecciosa en el Hospital de Clínicas. Análisis de una serie de 10 casos - Período 1997-2007. *Arch Med Interna* 2010; 32(1): 9-12.
12. Société de pathologie infectieuse de langue française. Recommandations pour la pratique clinique. Spondylodiscites infectieuses primitives et secondaires a un geste intra discal, sans mise en place de matériel [en línea]. *Med Mal Infect* 2007 [acceso 14/10/2014]; 37(9): 554-72. Disponible en: http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2007-Spondylodiscites-Reco.pdf