

Artículo original

Espondilodiscitis Bacteriana Inespecífica: una afección con incidencia creciente

Revisión de seis casos clínicos en período 2009-2011, Hospital Pasteur.

Non Specific Bacterial Spondylodiscitis: an increasingly frequent condition

Review of six clinical cases in the 2009-2011 period. Pasteur Hospital

Dr. Diego Graña

Asistente Clínica Médica "2".
Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Dra. María Inés Gutiérrez

Residente Medicina Interna.
Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Dra. Danny Torres

Residente Medicina Interna.
Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Dra. Mercedes Perendones

Profesora Adjunta Clínica Médica
"2". Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Dr. Carlos Dufrechou

Profesor Titular Clínica Médica
"2". Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2014 - 36(2):55-59

La Espondilodiscitis bacteriana inespecífica es la infección bacteriana de dos vértebras adyacentes con compromiso del disco intervertebral a gérmenes inespecíficos. Es poco frecuente, pero su incidencia se ha incrementado en los últimos años, vinculada al aumento de la realización de procedimientos invasivos, mayor sobrevivencia de pacientes inmunocomprometidos, así como a su mayor sospecha diagnóstica. La presencia de signos de alarma ("red flags") del dolor dorso-lumbar permite orientar a esta etiología. Analizamos retrospectivamente 6 casos clínicos de espondilodiscitis bacteriana inespecífica asistidos en el Hospital Pasteur en el período 2009-2011. En su mayoría fueron hombres, entre los 50 y 60 años y la localización más frecuente fue lumbar. En todos los casos el germen se obtuvo en los hemocultivos, correspondiendo en la mitad de ellos a *Staphylococcus aureus*. Hubo una buena respuesta terapéutica y la evolución fue favorable en lo infeccioso en todos los casos, aun con los distintos planes antibióticos utilizados. El retraso en el diagnóstico es un elemento de mal pronóstico y existe alta tasa de complicaciones.

Palabras clave: Espondilodiscitis bacteriana inespecífica.

ABSTRACT: Arch Med Interna 2014 - 36(2):55-59

The spondylodiscitis is a bacterial infection of two adjacent vertebrae with intervertebral disc compromise. It was rare but its incidence has increased in recent years linked to increased use of invasive procedures, increased survival of immunocompromised patients as well as a greater diagnostic suspicion. There are "red flags" of dorsal and lumbar back pain that guide to this etiology. We retrospectively analyzed six clinical cases of bacterial spondylodiscitis assisted in Pasteur Hospital in the period 2009-2011. Men were affected more often, mostly between 50 and 60 years and the most frequent location was lumbar spine. The microbiological agent was obtained in all cases by blood cultures; *Staphylococcus aureus* in half of them. There were good therapeutic responses and outcomes in all cases, even with the various plans antibiotic used. We highlight the delay in diagnosis as a prognostic value, and the high rate of complications.

Keywords: Nonspecific bacterial spondylodiscitis.

INTRODUCCIÓN

La Espondilodiscitis bacteriana inespecífica es la infección bacteriana de dos vértebras adyacentes con compromiso del disco intervertebral.

Si bien es una patología poco frecuente, su incidencia se ha incrementado en los últimos años vinculada al aumento de la realización de procedimientos invasivos, mayor sobrevivencia de pacientes inmunocomprometidos, así como a su mayor sospecha diagnóstica.

La incidencia de esta afección es de 1 a 8 casos cada 250.000 habitantes al año y corresponde al 1 a 4% del total de las osteomielitis.⁽¹⁾

Se trata de una patología con distribución bimodal, con un primer pico en la infancia y un segundo pico en la 6ta década de la vida, predominando en 1,5 a 3 veces más en hombres.⁽²⁾

Desde el punto de vista etiológico, el germen más frecuentemente involucrado es el *Staphylococcus aureus* (80-90%), seguido de los Gram negativos (*E. coli*, *Proteus*, *Enterobacter*) vinculados a infecciones genitourinarias. La infección por *Pseudomonas aeruginosa* se vincula a usuarios de drogas intravenosas (UDIV), diabéticos, uso de terapia corticoidea crónica o con heridas quirúrgicas. La etiología por *Staphylococcus epidermidis* es menos frecuente y se asocia a infecciones de material de osteosíntesis.⁽²⁻⁵⁾

Las vías de infección son la diseminación hematogena (la más frecuente), secundaria a focos de vecindad (abscesos de psoas, úlceras de decúbito) o por implantación directa (heridas penetrantes, cirugía, prótesis y punciones).

Como factores predisponentes para esta enfermedad, se destacan a nivel loco-regional el sistema de vascularización vertebral, artrosis, trauma raquídeo, infección genital o urinaria y, a nivel general, diabetes mellitus, adicción de drogas intravenosas, inmunosupresión y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.^(2,6,7)

En cuanto a la orientación diagnóstica dada la frecuencia de dorsalgias y lumbalgias de origen mecánico, cabe destacar la importancia de los denominados "signos de alarma o red flags" que harían plantear un origen no mecánico del mismo, cobrando mayor jerarquía el origen neoplásico, inflamatorio o infeccioso. Estos son: edad > 50 años, fiebre, repercusión general, tratamiento inmunosupresor, diabetes, alcoholismo, dolor de más de 4 a 6 semanas que no responde a tratamiento convencional, trauma local, infección concomitante, portador de virus inmunodeficiencia humana (HIV), pacientes en hemodiálisis y, como signo tardío, la presencia de déficit neurológico.⁽⁸⁻¹⁰⁾

El cuadro clínico clásico está dominado por un dolor en columna cérvico-dorso-lumbar, con componente nocturno que no cede con anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) ni con el reposo, que se acompaña de fiebre en el 60-70% de los casos, así como de elementos de repercusión general. Las manifestaciones neurológicas deficitarias son poco frecuentes y de aparición tardía. Se localiza más frecuentemente a nivel lumbar (60%).

El diagnóstico se plantea por el cuadro clínico referido y se confirma por la imagenología: tomografía computada (TC) y resonancia nuclear magnética (RNM). El germen involucrado se obtiene en hemocultivo (HC) y/o la punción-aspiración del espacio intervertebral afectado. Hay un retardo diagnóstico de 2 a 6 meses desde el comienzo de los síntomas.⁽¹⁰⁻¹²⁾

De los métodos imagenológicos destacamos que la radiografía convencional muestra los primeros signos dos semanas luego de iniciada la infección, la TC tiene mayor sensibilidad, siendo el método de elección la RNM con una sensibilidad del 93-96% y una especificidad del 92-97%⁽¹²⁾.

Desde el punto de vista microbiológico, los HC resultan positivos en el 50-60% de los casos. El rendimiento de la punción guiada bajo TC varía entre el 60-70% de los estudios.⁽¹³⁾

El tratamiento empírico inicial debe realizarse con dos antibióticos de buena penetrancia ósea, que cubra el germen más frecuentemente involucrado, el *Staphylococcus aureus*, así como también los Gram negativos; inicialmente en forma intravenosa y, luego, por vía oral por un lapso no menor a seis semanas. El tratamiento farmacológico debe acompañarse

de la consulta traumatológica, para evaluar la indicación de procedimientos de estabilización de la columna vertebral.⁽¹³⁾

Con respecto al tratamiento quirúrgico; sus indicaciones son para el drenaje de abscesos epidurales o paravertebrales con signos neurológicos, compresión medular, deformación raquídea grosera con enfermedad activa y dolor permanente intratable.

El objetivo del presente trabajo es analizar las distintas formas de presentación clínica, hallazgos paraclínicos más relevantes, etiología y los distintos planes terapéuticos empleados en una serie de 6 casos de espondilodiscitis bacteriana inespecífica asistidos en nuestro centro asistencial entre el 2009 y el 2011, valorados en forma retrospectiva, haciendo hincapié en las dificultades diagnósticas y terapéuticas que existieron.

CASO 1

Hombre, 37 años.

AP: artrosis de columna lumbar, ex fumador

EA: cuadro de 1 mes de evolución de dolor lumbar y fiebre de hasta 38°C axilar, agregando déficit motor de miembro inferior derecho.

EF: dolor exquisito a la palpación de L3-L4, paresia flácida de miembro inferior derecho, hiporreflexia rotuliana derecha con sensibilidad conservada. Planteo: espondilodiscitis bacteriana inespecífica.

RNM de columna dorso-lumbo-sacro: espondilodiscitis evolucionada L4-L5, con gran absceso intersomático y compromiso del disco intervertebral L5-S1 asociado.

Paraclínica humoral: GB: 18.000/mm³, Hb: 12 g/dL. VES: 125 mm/1 h.

HC: *Staphylococcus aureus* *Meticilino Sensible* (SAMS).

Tratamiento: Cefradina 2gr i/v cada 6 horas + Ciprofloxacina 400 mg i/v cada 12 horas por 6 semanas con buena evolución posterior, sin secuelas neurológicas.

CASO 2

Mujer, 64 años.

AP: Obeso con IMC 35 kg/m². Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de 10 años de evolución en tratamiento con hipoglucemiantes orales, con regular control metabólico y sin elementos clínicos de repercusión de órgano blanco. Hipertensión arterial (HA) en tratamiento con Inhibidores Enzima Convertasa (IECA). Infecciones urinarias bajas a repetición tratadas con múltiples planes antibióticos, nunca se realizó cultivo.

EA: cuadro de 2 meses de evolución de dolor lumbar intenso, progresivo, acompañado de fiebre, instalando paraparesia, déficit sensitivo en MMII, así como trastornos esfínterianos.

EF: postrada en cama, febril, con dolor exquisito a la palpación de T10-T11, paraparesia grado 3 en etapa flácida con hiporreflexia bilateral, signo de Babinski bilateral y nivel sensitivo en T10. Planteo: espondilodiscitis bacteriana inespecífica.

RNM de Columna dorso-lumbo-sacra: discoespondilitis piógena a nivel de T10-T12-L1. Múltiples abscesos paravertebrales y una colección supurada intersomática, medula con señal hiperintensa, traducción de edema parenquimatosa (Figuras 1 y 2).

Paraclínica humoral: GB: 14.000/mm³, Hb: 11 g/dL. VES: 76 mm/1h.

HC: *Escherichia coli* multirresistente, sensible a Meropenem.

Punción vertebral (guiada bajo TC): material estéril (rea-

lizada ya bajo tratamiento antibiótico).

Tratamiento: Meropenem 1 g i/v cada 8 horas durante 6 semanas, con buena evolución desde el punto de vista infeccioso, persistiendo con déficit neurológicos

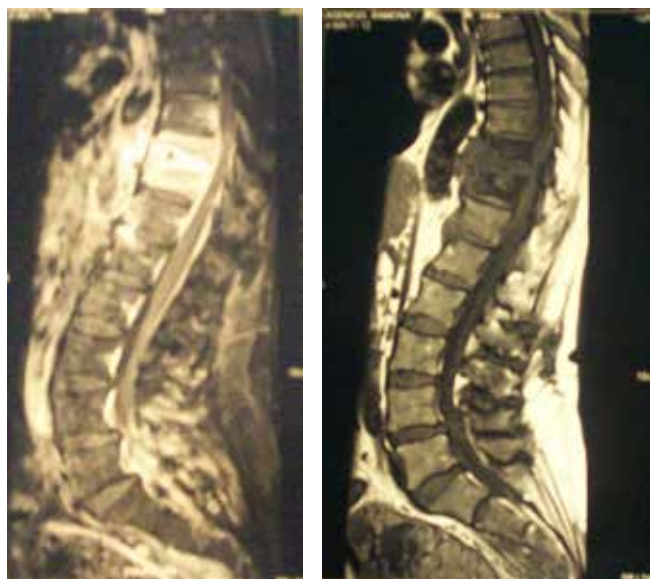


Fig. 1: RNM sector lumbo-sacro del caso 2. Está afectado T10-12.

Fig. 2: RNM sector lumbo-sacro del caso 2. Abscesos paravertebrales y colección supurada intersomática.

CASO 3

Hombre, 51 años.

AP: fumador, adicto a drogas intravenosas (ADIV), episodio reciente al ingreso actual de flebitis de miembro superior derecho, con HC positivos a SAMS, tratado con Cefradina 2gr i/v cada 6 horas durante 21 días.

EA: Consulta por dolor lumbar y fiebre de 1 mes de evolución e impotencia funcional por el dolor intenso y parestesias de miembro inferior derecho.

EF: confuso, febril, deshidratado, con dolor exquisito a la palpación de L3-L4, sin déficit motor ni sensitivo. En la evolución inmediata, con reposición hidroelectrolítica el paciente recupera su estado de lucidez. Planteo: espondilodiscitis bacteriana inespecífica.

RNM de columna dorso-lumbo-sacra: signos de espondilodiscitis que afectan L3-L4 y L4-L5.

Paraclínica humoral: GB: 10.500/mm³, Hb: 8,8 g/dL (normocítica, normocrómica). VES: 65 mm/1h.

HC y urocultivo: *Serratia marcescens* sensible a Ceftazidime y Trimetropim-Sulfametoxazol (TMP-SMT). Punción vertebral: estéril.

Tratamiento: Ceftazidime 1g i/v cada 8 horas + TMP-SMX 400/80 mg i/v cada 8 horas por 6 semanas.

RNM de control dorso-lumbo-sacra: extensión del proceso supurado y desarrollo de colección intersomática en igual topografía y pequeños abscesos a nivel del psoas derecho. Se realiza consulta con traumatólogo que considera mantener conducta expectante.

La evolución clínica fue buena.

CASO 4

Hombre, 54 años.

AP: DM2 de 15 años de evolución actualmente en tra-

tamiento con Insulina NPH 16/12 UI predesayuno y precena respectivamente, con irregular control metabólico y con repercusiones de la microangiopatía (retinopatía no proliferativa) y polineuropatía de miembros inferiores en estudio.

EA: consulta por dolor cervical de 1 semana de evolución, irradiado a hombro y brazo izquierdo, persistente y progresivo y fiebre.

EF: el examen neurológico de miembros superiores es normal. En miembros inferiores presenta hiporeflexia rotuliana bilateral, sin compromiso motor. Hipoestesia distal en "calcetín" con lesión ulcerada necrótica de talón izquierdo que se interpreta secundario a su patología diabética. Trastornos tróficos de ambos miembros inferiores con cicatrices de úlceras venosas bilaterales. Pulso pedio y tibial posterior presente débil bilateral.

RNM de columna cérvico-dorso-lumbo-sacro: absceso paravertebral posterolateral izquierdo entre C2-C7, sin compromiso medular y elementos de espondiloartropatía degenerativa.

Paraclínica humoral: GB: 27.000/mm³ (80% polimorfonucleares), Hb:9 g/dL, VES 79 mm/1 h.

HC: SAMS.

Tratamiento: Cefradina 2 g i/v cada 6 horas + Rifampicina 600 mg v/o día por 6 semanas. Curaciones tópicas de la herida de talón izquierdo. Buena evolución clínica sin secuelas neurológicas.

CASO 5

Hombre, 21 años.

AP: fumador, alcoholista, adicto a cocaína vía endovenosa e inhalatoria.

EA: ingresa por herida de arma de fuego a nivel abdominal, siendo intervenido quirúrgicamente en 9 oportunidades, presentando múltiples complicaciones infecciosas.

A 2 meses de su ingreso, y permaneciendo internado, instala dolor lumbar intenso con irradiación por cara posterior de miembro inferior derecho de tipo radicular y fiebre.

EF: mal estado general, adelgazado, múltiples tatuajes, no lesiones sugestivas de flebitis. El examen neurológico de miembros inferiores no muestra alteraciones motoras ni sensitivas, los reflejos son normales.

RNM dorso-lumbo-sacra: discoespondilodiscitis L4-L5, con erosión vertebral y pequeño absceso anterolateral derecho.

Paraclínica humoral: GB: 20.000/mm³ (75% polimorfonucleares), Hb: 9 g/dL. VES: 100 mm/1h. HC: *Pseudomonas aeruginosa*, sólo sensible a Colistina.

Tratamiento: Colistina 200 mg i/v cada 8 horas durante 15 días.

Buena evolución.

CASO 6

Mujer, 62 años.

AP: obesa con IMC 32 kg/m². DM2 de 12 años de evolución en tratamiento con Insulina NPH 18/10 UI predesayuno y precena respectivamente + Metformina 850 mg/día, con aceptable control metabólico, sin historia de repercusiones macro ni microangiopáticas. Fumadora. HA de larga data en tratamiento con IECA. Lumbalgia mecánica de varios años.

EA: exacerbación de su dolor lumbar habitual de 1 semana de evolución, el cual no cede con analgésicos comunes, recibiendo medicación i/v en alguna oportunidad. Se asocia limitación funcional para la deambulacion, fiebre y repercusión general.

EF: lúcido, febril, polipnea 24 rpm, taquicardia 110 lpm. Flebitis de miembros superior izquierdo. Dolor exquisito a la palpación de columna dorso lumbar, sin focalidad neurológica. Foco de crepitantes basal izquierdo.

Planteo: cuadro séptico a partir del foco venoso o respiratorio con colonización vertebral secundaria.

RNM de columna cérvico-dorso-lumbo-sacro: espondilitis T8-T9, absceso peridural anterior y de partes blandas paravertebrales posteriores, invadiendo parcialmente el canal raquídeo. Alteración de la intensidad de cuerpos vertebrales T10, L1, L2.

Paraclínica humoral: GB: 10.900/mm³ (84% polimorfonucleares), Hb: 11 g/dL.

HC: SAMS.

Radiografía de tórax: confirma proceso de condensación basal izquierdo.

Tratamiento: Vancomicina 1 g i/v cada 12 horas + TMP-SMX 400/80 mg i/v cada 8 horas.

Buena respuesta inicial. Se realizan medidas de estabilización de columna en base a corsé de yeso.

RNM de control columna cérvico-dorso-lumbo-sacra: extensión del proceso infeccioso con compromiso de columna cervical C5-C6, T8-T9-T10, L1-L2-L3, con absceso peridural anterior. No se planteo tratamiento quirúrgico, y se continuó con ATB en forma prolongada por 8 semanas con buena evolución.

En la Tabla I se representan los seis casos con los principales datos de éstos.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Presentamos 6 casos clínicos de espondilodiscitis bacteriana inespecífica, 4 hombres y 2 mujeres. Si bien el rango etario es muy amplio, entre 21 y 64 años, 4 de los 6 pacientes tenían entre 50 y 70 años. Ambos hechos (género y edad) coinciden con los datos de la literatura de predominio en el sexo masculino y de una mayor incidencia entre la quinta y sexta década de vida.⁽¹⁾

La instalación de los síntomas fue insidiosa en 4 casos (casos 1, 2, 3 y 5), en los que al momento del diagnóstico, la sintomatología llevaba más de 1 mes de evolución y en 2 casos (casos 4 y 6) el cuadro fue de evolución más breve. La literatura revisada refiere un retardo diagnóstico de 2 a 6 meses desde el comienzo de los síntomas.⁽¹⁰⁻¹²⁾

El sector de la columna comprometido en 3 de nuestros casos fue la región lumbar, en una la columna cervical y en los dos restantes la topografía fue tóraco-lumbar, lo que coincide con la series revisadas de la literatura internacional que refieren una localización lumbar en 60%, torácica en el 30%, cervical o sacra en el 10%.⁽¹³⁾ El cuadro clínico estuvo centra-

do en todos los casos por el dolor intenso en la región afectada, de más de 4 semanas de evolución, con gran limitación funcional y dificultad para el manejo analgésico, acompañándose de fiebre elevada.

Destacamos la presencia de factores favorecedores para espondilodiscitis bacteriana inespecífica, tanto a nivel loco-regional como sistémicos: tres de los pacientes eran diabéticos, dos de ellos ADIV, dos portadores de patología de columna y dos cursaban una infección concomitante (IU, úlcera del talón en pié diabético, flebitis de miembro superior y neumopatía aguda comunitaria) al momento del diagnóstico.

En todos los casos se presentaron dos o más "red flags" (signos de alarma como elementos para sospechar el origen no mecánico del dolor dorso lumbar): edad mayor de 50 años, fiebre, repercusión general, inmunosupresión, dolor de más de 4 a 6 semana que no responde a tratamiento convencional, trauma local, infección concomitante, presencia de déficit neurológico, entre otros.

El diagnóstico fue tardío en la gran mayoría de los pacientes, siendo el promedio de 32 días. La presentación clínica con sintomatología neurológica en tres de los seis casos (casos 1, 2 y 3), es un hecho poco frecuente, dado que el compromiso neurológico se desarrolla en la evolución tardía. Este hecho corrobora lo arrastrado del cuadro al momento del diagnóstico.

Dentro de los exámenes de laboratorio, la VES es útil como parámetro inflamatorio y para monitoreo de la respuesta al tratamiento. En nuestros pacientes se encontró elevada en la totalidad de los casos. En la literatura revisada la misma se encuentra elevada en 70 a 100% de los casos^(1,2,6). Se observó leucocitosis en 4 de los casos (1, 2, 4 y 5) y anemia vinculada al proceso inflamatorio crónico, en 5 de los pacientes.

Se realizaron hemocultivos a todos los pacientes y todos tuvieron desarrollo bacteriano. 3 desarrollaron *Staphylococcus aureus*, y en el resto *Escherichia coli multiresistente (MR)*, *Serratia marcescens* y *Pseudomonas aeruginosa MR*. Los datos microbiológicos de nuestra serie, coinciden con los datos de la literatura que atribuyen al *Staphylococcus aureus* la responsabilidad etiológica en 60% según algunos estudios. Los pacientes portadores de una espondilodiscitis causada por este germen en casi el 50% presentan una infección previa activa en otro sitio del organismo.⁽²⁻⁵⁾ El resto de nuestros casos se debieron a gérmenes Gram negativos, lo que está acorde con la literatura internacional.

Las infecciones de origen hematógeno son causadas por un único germen, mientras que las infecciones polimicrobianas (menos del 2,5% de los casos) son principalmente infecciones de la columna sacra vinculadas por contigüidad con úlceras por presión.⁽⁷⁾

La punción ósea bajo TC sólo se realizó a dos pacien-

Tabla I. Principales características de los seis casos analizados.

Caso	Sexo	Edad	Germen	Factor predisponente	Tratamiento antibiótico	Complicación neurológica
1	M	37	SAMS	Artrosis de columna	Cefradina + Ciprofloxacina	SÍ
2	F	64	E. coli MR	DM2, IU	Meropenem	SÍ
3	M	51	Serratia marcescens	ADIV	Ceftazidime + TMP-SMX	NO
4	M	54	SAMS	DM2	Cefradina + Rifampicina	NO
5	M	21	Pseudomonas aeruginosa	ADIV	Colistín	NO
6	F	62	SAMS	DM2, artrosis de columna	Vancomicina + TMP-SMX	NO

tes (casos 2 y 3) siendo ambas negativas (los dos pacientes bajo tratamiento ATB). El escaso número de pacientes en que se efectuó la punción vertebral se relaciona con el alto rendimiento diagnóstico que tuvieron los hemocultivos (100%) y a la dificultad en nuestro medio al acceso rápido a esta técnica, que determinó que no pudiera realizarse previo al comienzo de la antibioticoterapia, lo que condicionó sus resultados. El rendimiento de la punción guiada bajo TC varía entre 60-70% en la mayoría de los estudios. Los HC fueron positivos en mayor porcentaje de lo expresado en otras series.⁽¹³⁾ En cuanto a la valoración imagenológica, la RNM de columna fue diagnóstica en 100% de los casos y aportando además datos de la extensión del proceso así como valorando la presencia de complicaciones tanto infecciosas como mecánicas. Los hallazgos de la RNM muestran en todos los casos el compromiso vertebral y en 5/6 la existencia de abscesos paravertebrales: peridurales, del psoas o de otras partes blandas paravertebrales. Destacamos que una paciente permaneció con secuelas de tipo neurológico (paraparesia espástica grado 3) posteriormente al tratamiento completo (caso 2).

En pautas nacionales, para el tratamiento antibiótico inicial, se plantea la biterapia asociando una cefalosporina de primera generación con gentamicina o rifampicina, planteándose como alternativa la asociación de ciprofloxacina con rifampicina.⁽¹⁶⁾ En pacientes inmunodeprimidos se plantea la asociación de cefalosporinas de primera generación más cefalosporinas de tercera generación o ciprofloxacina más rifampicina. El tiempo de tratamiento recomendado es de 4 a 6 semanas. El pasaje a vía oral depende de las diversas situaciones clínicas. En nuestra serie se realizó tratamiento por tiempo prolongado (6 semanas) inicialmente por vía i/v lográndose el cambio a v/o luego de un tiempo variable ente 15 días y 1 mes.

El plan antibiótico fue variado dadas las diferentes circunstancias clínicas, que orientaban a distintos tipos de gérmenes. En los casos 2 y 5 la historia infecciosa previa orientaba a un microorganismo multirresistente, lo que se confirmó por la bacteriología utilizándose Meropenem y Colistín. En los casos 1, 4 y 6, cuya etiología fue estafilocócica, se utilizaron planes antibióticos dispares, en el caso 1 Cefradina y Ciprofloxacina, en el caso 4 Rifampicina y Cefradina y finalmente, en el caso 6 Vancomicina (este antibiótico NO es adecuado para SAMS, desconociendo los motivos de su elección y continuidad una vez que se contó con la resultados de la bacteriología) con TMP-SMX. Por último, el caso 3 cuya historia infecciosa es muy peculiar, la antibioticoterapia fue cambiante de acuerdo a los resultados bacteriológicos, en los distintos períodos de la enfermedad. El tratamiento ortopédico ("corsé de yeso") fue necesario en un paciente, no realizándose procedimientos quirúrgicos en ninguno de los casos.

CONCLUSIONES

Se trata de una infección frecuente en nuestro medio, que predomina en el sexo masculino, entre los 50-60 años y de topografía lumbar frecuentemente.

Se debe sospechar en el paciente con dolor no mecánico en un contexto febril y con factores favorecedores de este tipo de infección (*red flags*).

Los hemocultivos resultaron positivos en el 100% de los casos y la RNM de columna fue sumamente útil para la confirmación diagnóstica y evaluar la evolución.

El germen que predominó fue *Staphylococcus aureus*.

El uso de antibióticos en forma prolongada y asociados fue la regla, se plantea la necesidad de protocolizar las mismas para evitar su uso innecesario.

Abreviaturas utilizadas

SAMS: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. MR: multirresistente.

ADIV: adicto a drogas intravenosas DM2: diabetes mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Hernández J., Palomino Nicás J., Jiménez Mejías M.E., Pachón Díaz J. Osteomielitis en pacientes no inmunodeprimidos. Aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Medicina. 1998;7:3492-9.
- Wood II G. Infecciones de columna. En: Campbell W, Crenshaw A. Cirugía ortopédica. 8ª ed. Madrid: Panamericana; 1992. p. 3584-615.
- Hadjupavlou A, Mader J, Necessary J, Muffoletto A. Hematogenous pyogenic spinal infection and their surgical management. Spine. 2000; 25(13): 1668-1679.
- Calderone RR, Larsen J. Overview and classification of spinal infection. Orthopedic Clinics of North America, 1996; 27(1): 1-9.
- Gómez Rodríguez N, Penela Y. Espondilodiscitis infecciosa del adulto, estudio de 76 pacientes y revisión de la literatura [en línea]. Sociedad Iberoamericana de Información Científica; Octubre 2007 [acceso: 10/03/2014]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat049/06628004.htm>
- Maldonado-Cocco JA, Scheines EJ. Espondilodiscitis. En: Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonel Abelló J, Gómez Carrato J. Tratado de Reumatología. 4ª ed. Madrid: ARAN; 1998. p. 1311-9.
- Salamano R, Wajskopf S. Patología infecciosa raquimedular. En: Wilson Castro E, Wajskopf Pomeranz S. Afecciones raquimedulares. Montevideo: Oficina del Libro-AEM; 1995. p. 43-6.
- Hicks GS, Duddlestone DN, Russell LD, Holman HE, Shepherd JM, Brown CA. Low Back Pain. Am J Med Sci 2002; 324(4): 207-11.
- Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. N Engl J Med 2001; 344(5): 363-70.
- Cáceres-Palou E, Ruiz-Manrique A, Del-Pozo P, Rodríguez-de-la-Serna A. Diagnóstico diferencial de los cuadros lumbociatálgicos. En: Sanmartí R, Cáceres E. Monografías médico quirúrgicas del aparato locomotor: lumbalgia y lumbociatálgia. Barcelona: Masson; 1998. p. 119-35.
- Danza A, Roca F, Batista I. Espondilodiscitis infecciosa en el Hospital de Clínicas. Análisis de una seire de 10 casos. Período 1997 – 2007. Arch Med Interna 2010; XXXII (1): 09-12
- Gordon-Firing S. Resonancia magnética en la patología tumoral, infecciosa y congénita malformativa raquimedular. En: Wilson Castro E, Wajskopf Pomeranz S. Afecciones raquimedulares. Montevideo: Oficina del Libro-AEM; 1995. p. 55-80.
- Arias S, Pérez C, Bancharo G, Blanco V. Espondilodiscitis bacterianas inespecíficas. Rev. Méd. Urug. 2005; 21:321-326.
- Ruscalleda J, Guardia E, De Juan P, Coscojuela M. Infecciones raquídeas. Medicine. 1996;78:813-815.
- Sapico, F. Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections. Orthop Clin North Am. 1996; 27: 9-15.
- Universidad de la República. Facultad. Cátedra de Enfermedades Infecciosas [sede web]. Montevideo: FMed; 2014 [acceso: 11 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.infectologia.edu.uy>