

ARTÍCULO ESPECIAL

## Espondilodiscitis



P. Márquez Sánchez

Sección de Musculoesquelético, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Regional Universitario, Málaga

Recibido el 26 de mayo de 2015; aceptado el 16 de diciembre de 2015  
Disponibile en Internet el 9 de febrero de 2016

### PALABRAS CLAVE

Infección vertebral;  
Espondilodiscitis;  
Resonancia  
magnética

### KEYWORDS

Vertebral infection;  
Spondylodiscitis;  
Magnetic resonance  
imaging

**Resumen** La espondilodiscitis (ED) es una infección vertebral conocida desde la Antigüedad. Su incidencia está aumentando por el incremento de la expectativa de vida y de las enfermedades debilitantes. La distribución por edad es bimodal, con afectación de los menores de 20 años y de los adultos de 50-70 años. Según su origen, se clasifican en ED piógenas, granulomatosas y parasitarias, siendo las primeras las más frecuentes y ocasionadas habitualmente por *Staphylococcus aureus* o *Escherichia coli*. La presentación clínica es insidiosa, por lo que el diagnóstico puede retrasarse, sobre todo en la ED tuberculosa. Los pacientes presentan al inicio dolor espinal de tipo inflamatorio, aunque durante el curso de la enfermedad pueden tener fiebre, astenia y déficits neurológicos como complicaciones más graves. El diagnóstico se establece basándose en datos clínicos, radiológicos, de laboratorio, microbiológicos e histopatológicos. La resonancia magnética es la técnica diagnóstica de elección. El diagnóstico diferencial se realiza, entre otros procesos, con la osteocondrosis erosiva intervertebral, tumores, la espondiloartropatía axial, la espondiloartropatía de los pacientes en hemodiálisis, cambios epifisarios de Modic tipo 1 y la neuroartropatía axial de Charcot. El tratamiento se basa en erradicar la infección con antibióticos, evitar la inestabilidad espinal con fijación vertebral y eliminar el tejido infectado con un desbridamiento amplio, obteniendo muestras para análisis etiológico.

© 2016 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Spondylodiscitis

**Abstract** Spondylodiscitis is an infection of the spine that has been known since ancient times. Its incidence is rising, due to the increases in life expectancy and debilitating conditions. Its age distribution is bimodal, affecting persons younger than 20 years of age or persons aged 50-70 years. According to its origin, it is classified as pyogenic, granulomatous or parasitic, though the first form is the most common, usually caused by *Staphylococcus aureus* or *Escherichia coli*. The clinical presentation is insidious, resulting in a delayed diagnosis, particularly in tuberculous spondylodiscitis. The initial onset usually involves inflammatory back pain, though the disease may course with fever, asthenia and neurological deficit, these being the most severe

complications. Diagnosis is based on clinical, radiological, laboratory, microbiological and histopathological data. Magnetic resonance imaging is the technique of choice for the diagnosis of spondylodiscitis. The differential diagnosis involves, among other conditions, intervertebral erosive osteochondrosis, tumour, axial spondyloarthritis, haemodialysis spondyloarthritis, Modic type 1 endplate changes and Charcot's axial neuroarthropathy. Treatment is based on eliminating the infection with antibiotics, preventing spinal instability with vertebral fixation, and ample debridement of infected tissue to obtain samples for analysis.

© 2016 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La espondilodiscitis (ED) u osteomielitis vertebral es una infección de la columna vertebral, infrecuente, que ha afectado a la humanidad desde la Edad del Hierro. Últimamente su incidencia está aumentando por el incremento de la población susceptible y la mayor sospecha diagnóstica.

La columna vertebral, por su amplia vascularización, es asiento frecuente de focos secundarios de sepsis, y es la localización del 2-7% de todas las osteomielitis<sup>1-3</sup>. Si el disco intervertebral está infectado, se denomina discitis; si es el platillo epifisario, osteomielitis o espondilitis, aunque lo habitual es que, en el momento del diagnóstico, ambos estén infectados, por lo que se emplea el término de espondilodiscitis. Además, pueden desarrollarse abscesos epidurales y prevertebrales. En el 95% de los casos, la espondilodiscitis afecta al cuerpo vertebral, y en el 5% restante a los elementos posteriores<sup>4</sup>.

## Prevalencia y epidemiología

La incidencia anual de ED en los países desarrollados es de 0,5-2,5 casos/100.000 habitantes. Su prevalencia está aumentando por la mayor expectativa de vida de la población, el aumento de las enfermedades inmunodepresoras y debilitantes, y el uso de técnicas invasivas que generan bacteriemia. La mortalidad estimada es del 2-4% en los países desarrollados.

La distribución por edad es bimodal. El primer pico se produce en los menores de 20 años, sobre todo en infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e inmigrantes, sin diferencias según sexo. El segundo pico, a los 50-70 años de edad, con más casos, representa el 3-5% de todas las osteomielitis<sup>5</sup>. Es más frecuente en los varones (2:1-5:1 V/ M) debido al aumento de las enfermedades crónicas.

Los factores predisponentes que se asocian al desarrollo de ED son la existencia de un foco infeccioso o bacteriemia previa, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, trasplante renal, inmunodepresión, antecedentes de cirugía vertebral o de neoplasias, consumo de drogas por vía parenteral, portadores de catéteres epidurales o vasculares, infección por VIH/sida, edad avanzada, tratamiento crónico con esteroides, alcoholismo, cirrosis hepática, fibrosis pulmonar, enfermedades reumatológicas, obesidad con un índice de masa corporal > 30, infección tuberculosa en otro órgano o reactivación de un foco latente, etc.<sup>5-10</sup>.

## Vías de diseminación

La ED es el resultado de una infección que alcanza el hueso por vía hematogena, inoculación directa o desde un foco contiguo<sup>6</sup>. La diseminación hematogena es la más frecuente, tanto en la infancia como en la edad adulta: en los adultos supone el 60-75% de los casos y en los niños el 65-80%. Puede ser arterial o venosa, siendo la arterial la más común. En los adultos, los cuerpos vertebrales tienen un aporte arterial anterior y posterior. El anterior procede de arterias intercostales y lumbares, que se dividen en ramas terminales no anastomóticas. La vascularización posterior procede de las arterias espinales que forman una red anastomótica con las vértebras contiguas, lo que explica la infección de segmentos adyacentes y del disco intervertebral. El foco inicial de la infección suele localizarse en la zona más vascularizada del cuerpo vertebral (anterior y subcondral), ocasionando un infarto óseo; desde ahí se extiende al disco y a la médula ósea de la vértebra adyacente.

La diseminación hematogena también puede producirse a través del sistema venoso, mediante el plexo de Batson, cuyos flujo y dirección dependen de la presión abdominal y pélvica, y aunque no es frecuente por su elevada resistencia al flujo, puede ser una vía retrógrada de contaminación vertebral desde infecciones abdominales. En la columna cervical, el plexo venoso faríngeo prevertebral puede ser la vía de diseminación de infecciones localizadas en la cabeza o el cuello.

En los neonatos y los niños, el disco está vascularizado, de modo que un émbolo séptico tras una bacteriemia puede alcanzar el disco y producir una discitis, típica de la infancia y excepcional en la edad adulta. En la adolescencia, estos vasos disciales empiezan a obliterarse.

La inoculación directa (15-40% de los casos) suele ser iatrogénica tras punción lumbar, infiltración con anestesia, discectomía percutánea, etc. En estos casos, el disco es el lugar inicial de la infección.

La infección por un foco contiguo se produce en el 3% de los casos, desde infecciones cervicales o pélvicas, como un absceso retrofaríngeo, una rotura esofágica, etc.<sup>1</sup>.

## Etiología

Las ED pueden estar ocasionadas por diferentes microorganismos: bacterias, que producen espondilitis piógenas<sup>11</sup>; micobacterias, *Brucella* spp. y hongos, causantes de las espondilitis granulomatosas; y parásitos, que producen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245072>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245072>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)