

Espondilodiscitis: análisis descriptivo de una serie de casos en un hospital terciario

Alicia Viñas Barros¹, Tamia Gil Ramos¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹, Elena Cañadillas Sánchez¹, Elena María Oliver García¹, María Camila Osorio Sanjuan¹, María del Mar Corraliza Calvo¹, Laura Collado Sánchez¹, Eddy Eduardo Tapia Cabrera¹, Evangelina Palero Díaz¹, Emilia Aznar Villacampa¹, Pilar Susana del Río Martínez¹

1. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis (ED) es una **infección** poco común que afecta a las **vértebras y a los discos intervertebrales**. Su diagnóstico es complejo por la inespecificidad de los síntomas, siendo más prevalente el **dolor raquídeo**. Tiene una elevada morbilidad debido al diagnóstico tardío y las complicaciones asociadas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de 9 casos diagnosticados de ED entre enero 2022 y diciembre 2024 en los servicios de Reumatología e Infecciosas. Se incluyeron adultos > 18 años con diagnóstico basado en criterios clínicos y radiológicos, con o sin confirmación microbiológica.

Comorbilidades y condiciones asociadas	
Diabetes mellitus (DM)	8 (88,9%)
Enfermedad renal crónica (ERC)	1 (11,1%)
Neoplasia	1 (11,1%)
Alcohol	1 (11,1%)
Endocarditis infecciosa concomitante	2 (22,2%)
Artritis infecciosa concomitante	2 (22,2%)
Manifestaciones clínicas al inicio	
Dolor	8 (88,9%)
Fiebre	6 (66,7%)
Artritis	2 (22,2%)
Manifestaciones neurológicas	1 (11,1%)

Tabla 1. Comorbilidades, condiciones asociadas y manifestaciones clínicas de la serie.

RESULTADO

- Se registraron un total de 9 pacientes, de los cuales 5 (55,6%) eran **hombres** y la **edad media fue de 69,8 años**. El síntoma principal fue el **dolor raquídeo** (100%) y 6 (66,7%) asociaron **fiebre**. Otras manifestaciones observadas fueron poliartritis (22,2%), manifestaciones neurológicas (11,1%) y endocarditis infecciosa (22,2%). **Tabla 1.**
- La infección fue adquirida en la **comunidad** en 6 casos (66,7%) y la **diseminación hematógena** fue el mecanismo principal (55,5%), con focos primarios urinarios en el 33,3%, odontogénico en el 11,1% y cutáneo en 1 pacientes (11,1%). En 2 pacientes (22,2%) se identificó infección por infiltración directa.
- El diagnóstico se confirmó en todos los casos mediante resonancia magnética y en el 66,6% se obtuvo evidencia microbiológica, siendo el *Staphylococcus aureus* el más frecuente.
- En cuanto al tratamiento, 6 pacientes (66,7%) recibieron únicamente antibioterapia y en 3 (33,3%) se requirió cirugía adicional por mielopatía compresiva. La duración media de la antibioterapia fue de 7,56 ± 1,33 semanas.
- Todos los pacientes presentaron complicaciones, algunas relacionadas con la ED como colección epidural (66,7%), absceso del psoas (33,3%) o manifestaciones neurológicas (55,5%). No hubo mortalidad. **Tabla 2.**

CONCLUSIONES

- La ED se debe sospechar ante dolor raquídeo refractario y comorbilidades como diabetes mellitus. La RM es fundamental y junto al aislamiento microbiológico se optimiza el diagnóstico y manejo terapéutico.
- La duración de la tratamiento antibiótico es controvertida, aunque las guías recomiendan al menos 6 semanas de duración de la tratamiento antibiótico es controvertida, aunque las guías recomiendan al menos 6 semanas de tratamiento parenteral.
- Los resultados muestran que un abordaje multidisciplinar y tratamiento precoz son clave para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico

Microorganismo	
Coco grampositivo	3 (33,3%)
Bacilo gramnegativo	3 (33,3%)
No filiado	3 (33,3%)
Terapéutica	
Solo antibioterapia	6 (66,7%)
Antibioterapia + cirugía	3 (33,3%)
Duración (semanas)	7,56 ± 1,33 semanas
Complicaciones	
Colección epidural	6 (66,7%)
Absceso del psoas	3 (33,3%)
Neurológicas	5 (55,5%)
Efectos adversos a antibioterapia	1 (11,1%)
Otras complicaciones intrahospitalarias	3 (33,3%)

Tabla 2. Microorganismos, terapéutica y complicaciones.