

## ESPONDILODISCITIS, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO. COMUNICACIÓN DE DOCE CASOS

### SPONDYLODISCITIS, CLINICAL EXAMINATION AND DIAGNOSIS. REPORT OF TWELVE CASES

A. Artunduaga, A. Flores, L. Montañez, S. Álvarez; C. Barros, L. García Chamorro, A. Agamez, E. Escaño

#### RESUMEN

Los términos *osteomielitis vertebral* y *discitis vertebral* son frecuentemente utilizados en forma indistinta para referirse a la colonización de los cuerpos vertebrales por parte de un microorganismo, con una respuesta inflamatoria secundaria, que además presenta en ciertas ocasiones compromiso neurológico.

La infección se da en la mayoría de los casos por vía hematógena, por inoculación directa a causa de un trauma o una cirugía, o bien puede provenir de un foco adyacente. Es una enfermedad con incidencia creciente vinculada al envejecimiento de la población, a los procedimientos invasivos y a la mejora de las técnicas diagnósticas. La mayoría de las series internacionales presentan casos encontrados posteriormente en largos períodos, lo que refuerza la idea de la baja sospecha diagnóstica. Analizamos casos clínicos de esta patología en la Clínica Modelo Lanús en el período comprendido entre 2012 y 2016, y evaluamos parámetros clínicos y de laboratorio, rendimiento de estudios complementarios bacteriológicos y de imágenes.

**PALABRAS CLAVE.** Osteomielitis vertebral, discitis vertebral, espondilodiscitis.

#### ABSTRACT

The terms '*vertebral osteomyelitis*' and '*vertebral discitis*' are frequently used interchangeably to refer to the colonization of the vertebral bodies by a microorganism, with secondary inflammatory as a response, sometimes accompanied by neurological compromise. In most cases, the infection is hematogenous, by direct inoculation due to trauma or surgery, or it may derive from an adjacent focus. It is a disease with an increasing incidence associated to the aging of the population, invasive procedures, and the improvement of diagnostic techniques. Most international series present cases found later over long periods of time, which reinforces the idea of low diagnostic suspicion.

We analyzed clinical cases of this disease observed at the Clínica Modelo Lanús between 2012 and 2016, and evaluated clinical and laboratory parameters, and the performance of supplementary bacteriological and imaging studies.

**KEY WORDS.** Vertebral osteomyelitis, vertebral discitis, spondylodiscitis.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Angélica Agamez. Clínica Modelo Lanús, Av. Hipólito Yrigoyen 4824 (1205), Lanús, Buenos Aires.  
Tel.: (011) 4229-6000. Correo electrónico: angelica.agamezb@gmail.com

## Objetivo

Se realizó la revisión de 12 casos de espondilodiscitis infecciosa que se presentaron en la Clínica Modelo Lanús y se buscó establecer sus características poblacionales, imagenológicas y microbiológicas. Se excluyeron los pacientes con espondilodiscitis posquirúrgica o traumática.

## Introducción

Se entiende por espondilodiscitis u osteomielitis vertebral a la infección, en general de etiología bacteriana, que compromete el cuerpo de una vértebra y secundariamente el disco intervertebral; representa entre el 2% y el 3,5% de todos los casos de infección ósea con mayor incidencia en adultos entre 60 y 70 años (1).

Existen factores predisponentes, tales como enfermedad degenerativa artrósica, trauma raquídeo, infecciones urinarias, adicción a drogas por vía parenteral (ADVP), diabetes mellitus, hemodiálisis, terapias prolongadas con inmunosupresores, y técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas. Se consideran estas últimas de origen iatrogénico.

La vía de infección más frecuente es la diseminación hematológica, que afecta inicialmente el cuerpo vertebral y posteriormente el disco intervertebral, y en los adultos generalmente es avascular. Desde el punto de vista etiológico, el 80% de los gérmenes aislados corresponden a *Staphylococcus aureus*, asociados a venopunciones; *Streptococcus viridans*, en pacientes diabéticos, y *Streptococcus pyogenes*, en pacientes ancianos; gérmenes gramnegativos como *Escherichia coli*, *Proteus*, *Enterobacter* se encuentran en pacientes que han presentado manipulación genitourinaria; *Pseudomonas aeruginosa* está presente en pacientes con antecedentes de abuso de drogas endovenosas y en un menor porcentaje corresponden a *Mycobacterium tuberculosis* y brucelosis (2).

Los pacientes asisten a la consulta en el 75% de las ocasiones por lumbalgia y muchas veces de manera repetitiva antes de obtener la primera imagen radiológica. La fiebre se encuentra presente en el 50% de los pacientes y es un síntoma inespecífico. En cuanto al laboratorio, se encuentran una proteína C reactiva (PCR) y una velocidad de sedimentación elevadas, marcadores que son utilizados como pronóstico de respuesta a la enfermedad.

Las imágenes son la piedra angular del diagnóstico: radiografía simple y resonancia magnética nuclear (RMN).

## Materiales y métodos

Se analizaron las historias clínicas de 12 pacientes con diagnóstico de espondilodiscitis infecciosa que se presentaron en la Clínica Modelo Lanús en el período comprendido entre 2012 y 2016. Se excluyeron de la revisión los pacientes con

diagnóstico de espondilodiscitis posquirúrgica. Se utilizaron las historias clínicas y las bases de datos de los egresos hospitalarios.

## Resultados

El rango etario de los pacientes fue de entre 42 y 73 años de edad (con una media de 59,5 años) con 12 pacientes ( $n = 12$ ), 83,3% hombres y 16,6% mujeres.

Se encontraron como comorbilidades: diabetes (5 = 41,6%), hipertensión arterial (HTA) (8 = 66,6%), artrosis (2 = 16,6%) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (1 = 8,33%). La infección urinaria se presentó en el 58,3% (7) de los pacientes, documentada por urocultivo; al 50% de los pacientes se les realizó hemocultivo.

El tiempo de ingreso a la institución hasta obtener el diagnóstico fue de  $\pm 10$  días.

La velocidad de eritrosedimentación (VES) elevada mayor de 30 mmh, la leucocitosis y la anemia normocítica normocrómica fueron una constante en nuestra serie.

Las manifestaciones clínicas en nuestros pacientes se presentaron como lumbalgia en el 75% de los casos, dolor abdominal en el 16,6% y disnea clase funcional IV en el 8,3%, lo que concuerda con las series descriptas.

Se realizaron resonancias magnéticas nucleares de columna dorsolumbosacra con gadolinio y sin él, y punción guiada por medio de tomografía axial computarizada (TAC) a todos nuestros pacientes (una fallida) y rescate de germen en el 90% de los casos.

Se realizaron tres centellogramas óseos, que mostraron imágenes hipercaptantes en la columna, sin definiciones diagnósticas.

Para toda nuestra serie se solicitó ecocardiograma Doppler y luego ecocardiograma transesofágico, sin imágenes comprobables con vegetación.

El tratamiento empírico inicial siempre estuvo dirigido a la cobertura de *Staphylococcus aureus* intravenoso de acuerdo con la literatura disponible con un doble esquema antibiótico, durante un período no menor de seis semanas.

Los pacientes presentaron un tiempo de internación que osciló entre los 30 y los 60 días.

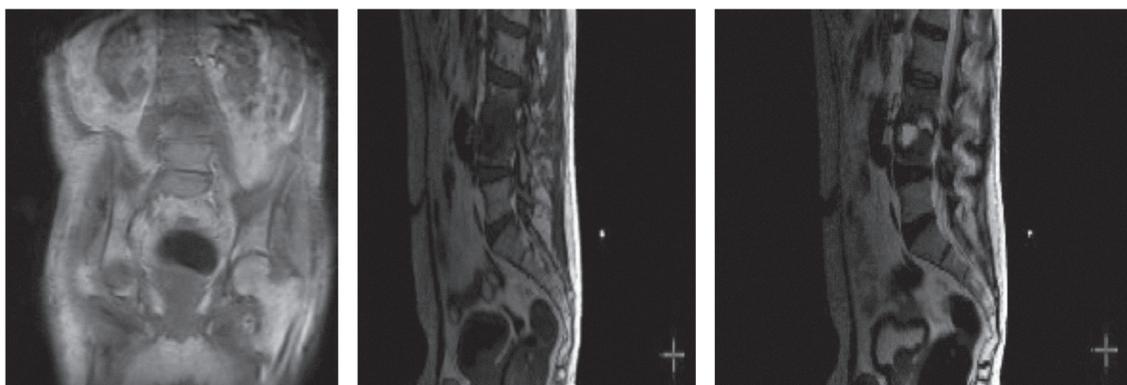
Describimos a continuación nuestra casuística en forma cronológica según las historias clínicas analizadas.

### Caso clínico I: N. C.

Hombre de 73 años de edad con antecedentes de depresión, hiperplasia prostática benigna y enfermedad de Parkinson, ingresa por guardia con dolor lumbar intenso, debilidad extrema de miembros inferiores sin nivel sensitivo

y disminución del apetito. Urocultivo *Escherichia coli* multi-sensible. Se solicita laboratorio y RMN, que apoya el diagnóstico de espondilodiscitis L3-L4.

Biopsia de tejido óseo con características de inflamación crónica y signos agudos. Hemocultivos y cultivo óseo negativo.



### Caso clínico II: P. A.

Mujer de 64 años de edad con antecedentes de obesidad, dislipemia, infarto agudo de miocardio en 1990, diabetes tipo 2, HTA, insuficiencia cardíaca y múltiples internaciones por diabetes descompensada e infección urinaria.

Ingresa con disuria, registros febriles y flebitis en el brazo derecho, que no se resolvió en su última internación.

Laboratorio: hematocrito (Hto): 36%, recuento de glóbulos blancos (RGB): 14.000 mm<sup>3</sup>, glucemia: 370 mg, urea: 37 mg%, creatinina: 0,8 mg%, cetonemia negativa, eritrosedimentación: 95 mmh.

Se realizan hemocultivos y urocultivo sin rescate bacteriológico.

Durante la internación persisten la hiperglucemia sin fiebre y el dolor lumbar intenso, se realiza ecografía renal y de vías urinarias sin presencia de ectasia ni litiasis renal; aumentan los requerimientos de insulina y analgésicos sin mejoría de la sintomatología.

Centellograma óseo: hiperconcentración del radiofosfato en L5 en todo el ancho del cuerpo vertebral.

Se realiza RMN de columna y punción lumbar guiada por tomografía.

Cultivo de hueso positivo para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

Externación y tratamiento con vancomicina y rifampicina con buena evolución.



### Caso clínico III: A. L. B.

Hombre de 63 años de edad con antecedentes de diabetes tipo 2, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial, cirugía de columna por canal estrecho en L3 y L4, reintervenido quirúrgicamente.

Ingresa con disnea clase funcional IV y retención aguda de orina.

Se toman hemocultivos y urocultivo.

Tomografía de tórax con derrame pleural izquierdo con componente atelectásico laminar compresivo del parénquima adyacente, tractos densos lineales y aislados de aspecto fibrocicatrizal.

Punción del líquido pleural: *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina G y ampicilina.

Se inicia tratamiento empírico con ampicilina sulbactam y ciprofloxacina. Persiste con registros febriles aislados y leucocitosis.

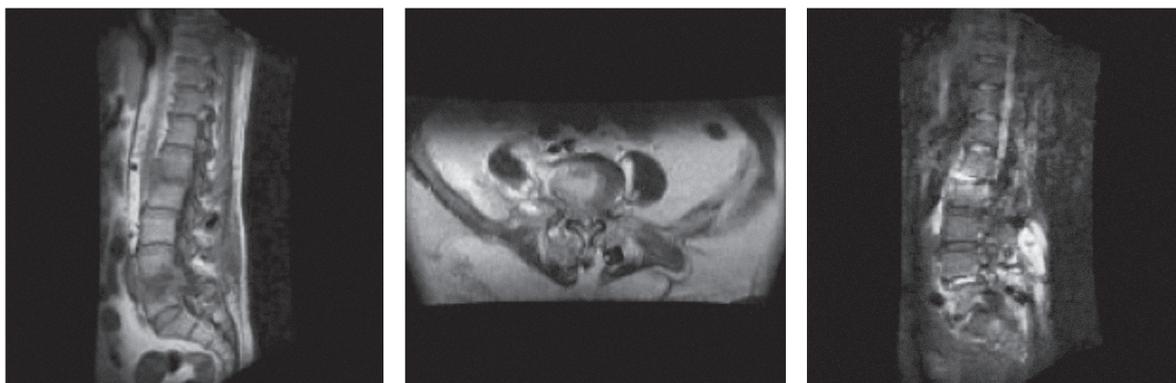
Ecocardiograma y doppler cardíaco: sin imágenes comprobables con vegetación ni reflujo significativo.

Resonancia magnética dorsolumbosacra: imágenes de intensidad metálica sobre la topografía de los elementos posteriores y planos musculares paravertebrales a nivel lumbar desde L2 a L5-S1.

Reducción de la altura de los espacios intersomáticos L1-L2 y L4-L5 con hiperintensidad de los discos correspondientes en secuencia T2 y STIR, fenómeno inflamatorio compatible con espondilodiscitis.

Se realiza punción ósea guiada por tomografía.

Luego de diez días, intercorre con un absceso de partes blandas en la región lumbar, que es drenado y enviado a cultivo con rescate de igual germen, tipificación y sensibilidad, al encontrado en el líquido pleural. Comienza tratamiento con vancomicina y rifampicina, externación e internación domiciliaria.



### Caso clínico IV: A. C. C.

Hombre de 51 años de edad con antecedentes de internación previa por presunta neumonía aguda de la comunidad e infección urinaria, recientemente medicado con amikacina; retenciones agudas de orina, que requirieron cateterización vesical; enfisema pulmonar, adenoma de próstata, retraso mental moderado y epilepsia. Ingresa por dolor abdominal, que predomina en el hipocondrio y el flanco derecho, asociado a tenesmo, disuria, poliuria sin fiebre, con dolor exquisito a nivel dorsal. Diagnóstico en la exploración física.

Exámenes complementarios: antígeno prostático específico (PSA) libre: 12,30 ng/ml, PSA electroluminiscencia: 0,72 ng/ml.

Urocultivo: *Staphylococcus aureus*. Ecografía abdominal normal, tomografía de abdomen y pelvis normal.

Resonancia magnética dorsolumbar: fondo de saco pleural sugestivo de empiema y colección prevertebral con compromiso discal a nivel diagnóstico, en el tercio superior del cuadrado lumbar derecho se observa un istmo de comunicación entre ambas colecciones. Punción guiada por tomografía: prevertebral fallida. Punción pleural derecha: se evacúan 50 cm<sup>3</sup> de líquido purulento con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina. Se inicia tratamiento con vancomicina durante 5 días IV y rifampicina durante 30 días por vía oral, y teicoplanina, una ampolla intramuscular por día.

Tomografía de control a los 60 días con desaparición de las opacidades paravertebrales y con opacidad residual en fondo de saco pleural derecho. Clínicamente asintomático.



### Caso clínico V: G. C.

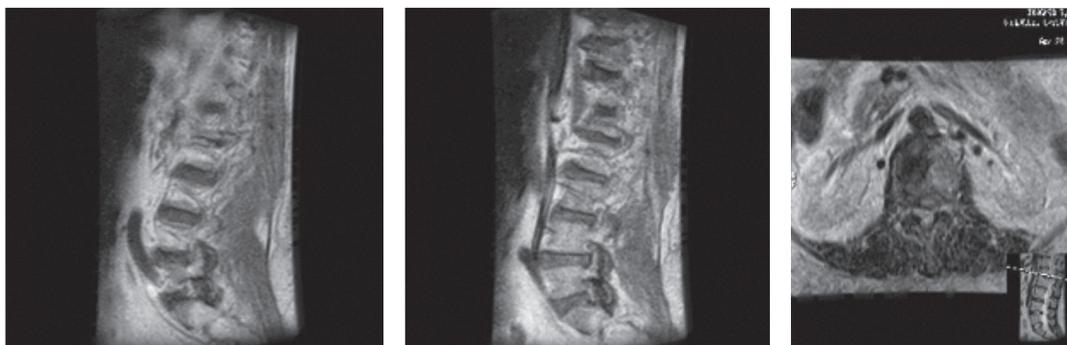
Mujer de 69 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 no insulino dependiente e internación previa un año antes aproximadamente por endocarditis infecciosa.

Ingresa a la sala general con dolor lumbar y negativa a ingerir sólidos y líquidos, síntomas interpretados siete días antes como infección del tracto urinario con rescate en urocultivo de *Escherichia coli* multisensible; realizó cinco días de anti-biótico con quinolonas sin mejoría por lo que se decide su internación para estudio y tratamiento.

Laboratorio de ingreso: Hto: 29%, RGB: 13.900 mm<sup>3</sup>, creatinina: 1,3, urea: 84 mg, eritrosedimentación: 80 mm/h. Se solicitan hemocultivos, ecografía renal y vesical.

RMN: cambios densitométricos de las plataformas vertebrales adyacentes al primer disco intervertebral lumbar con realce marcado posgadolinio compatible con espondilodiscitis.

Se realiza biopsia guiada por tomografía con rescate de cultivo óseo de *Staphylococcus aureus*. Comienza tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol y rifampicina, externación con respuesta clínica favorable.



### Caso clínico VI: R. M.

Hombre de 42 años de edad con antecedentes de tabaquismo, enucleación del ojo izquierdo por traumatismo y lumbociatalgia de aproximadamente 6 meses de evolución, la cual es estudiada por medio de RMN, que evidencia lesión a nivel L3-L4 (absceso). Es operado de dicha lesión y continúa el control en la sala de clínica médica, donde se realizan 2 ecocardiogramas que evidencian imágenes dudosas de endocarditis en valva anterior mitral; ingresa a guardia por presentar diagnóstico de endocarditis de válvula mitral para realización de ecocardiograma transesofágico y certificación diagnóstica; comienza tratamiento antibiótico con vancomicina y ciprofloxacina.

Informe de RMN lumbosacra: se observa incremento de la intensidad de señal del disco intervertebral L2-L3, que

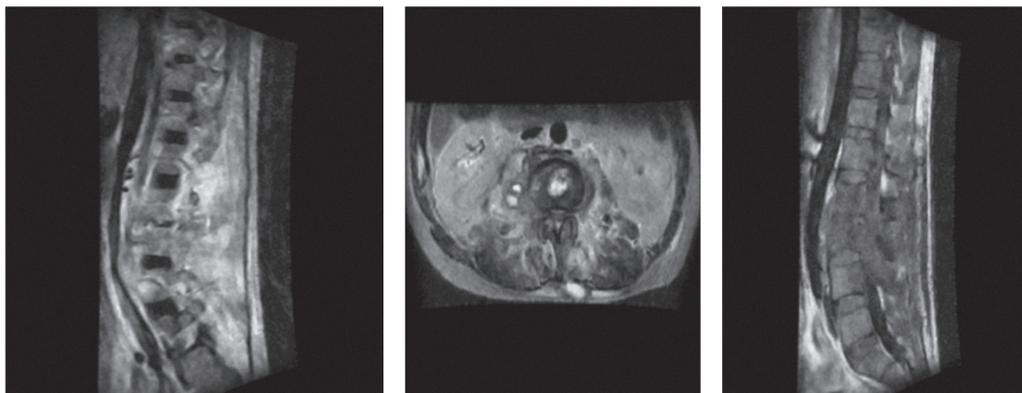
se asocia a irregularidad de las plataformas articulares que conforman dicho espacio y a compromiso edematoso de los cuerpos vertebrales correspondientes, hallazgos compatibles en primer término con compromiso infeccioso/inflamatorio (espondilodiscitis).

Informe de laboratorio: RBG: 11.800 mm<sup>3</sup>, Hto: 32,2%, eritrosedimentación primera hora: >120. Hemocultivos negativos.

Ecocardiograma transesofágico: ausencia de vegetaciones a nivel de valvas mitrales.

Se reciben los resultados del cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* resistente a la oxacilina, por lo cual se modifica el tratamiento con antibióticos: vancomicina y clindamicina.

Se decide el alta sanatorial y se continúa con internación domiciliaria.



### Caso clínico VII: C. F.

Hombre de 70 años de edad con antecedentes de HTA, insuficiencia cardíaca (IC), hiperplasia benigna de próstata (HPB), artrosis, cirugía de hernia de disco con posterior retiro de la prótesis y toilette por infección de herida quirúrgica (12/12).

Medicado con amlodipina: 5 mg/día, ácido acetilsalicílico (AAS): 100 mg/día, omeprazol: 20 mg/día, pregabalina: 75 mg/12 h, miopropam: 300 mg/día.

Ingresa con registros febriles de 24 horas de evolución, asociados a disuria, tenesmo y dolor lumbar.

Laboratorio: RGB: 14.800 mm<sup>3</sup>, glucemia: 121 mg/dl, urea: 31 mg/dl, creatinina 0,90 mg/dl. Tiempo de protrombina (TP): 49%, relación internacional normatizada

(RIN): 1,46, sodio (Na): 132 y potasio (K): 4,2 meq/l, eritrosedimentación: 80 mm.

Se rescata urocultivo, el que informa presencia de *Klebsiella* sensible a imipenem.

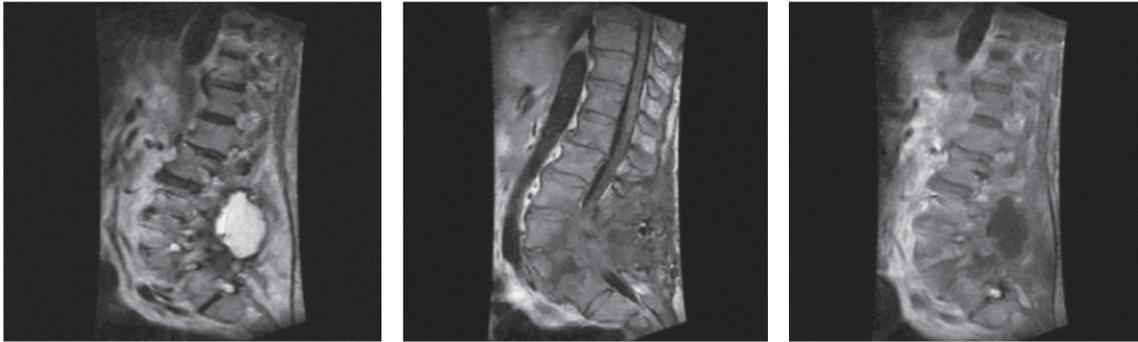
Durante la internación persiste el dolor lumbar, por lo que se solicita RMN de columna lumbosacra.

RMN: cambios intensométricos en partes blandas adyacentes al raquis en el sector posterior a nivel de L4-L5-S1, compatible con espondilodiscitis.

Centellograma óseo: hiperconcentración del radiofosfato a nivel de la columna lumbar baja (L3 a L5), sin evidencias de secundarismo óseo.

Se realiza drenaje guiado por TAC con toma de muestra para cultivo, y se inicia tratamiento con imipenem y vancomicina.

Cultivo negativo.



### Caso clínico VIII: S. M. A.

Hombre de 44 años edad con antecedentes de tabaquismo, enolismo, cirugía de absceso en mano izquierda y hernia de disco según refiere.

Ingresa con parestesias progresivas en bota, se interpreta como polineuropatía alcohólica sensitivo-motora subaguda. Comienza tratamiento con complejo B y ácido tióctico: 600 mg/día; intercorre durante la internación con dolor dorso lumbar.

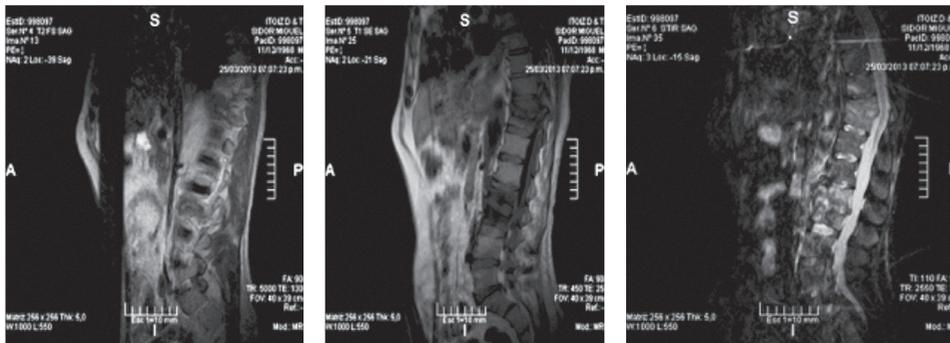
Examen físico: vigil, orientado global, lenguaje monocorde. Prueba índice-nariz con temblor distal de intención.

Fuerza y tono muscular parecen conservados. Prueba de Lasègue positiva a 60° en el miembro inferior derecho, dolor a la percusión vertebral de diagnóstico a L4. Marcha conservada.

Se solicita RMN de columna dorsal y lumbar con gadolinio y sin él.

Informe: se observan cambios morfológicos con franca hiperintensidad en los discos correspondientes a D10-D12, con aplastamiento parcial anterior de los cuerpos mencionados.

Se observa abombamiento posteromedial del disco L4-L5 y L5-S1, compatible con espondilodiscitis.



Centellograma óseo: incremento de la captación en D11, L1 y L2 a correlacionar con otros métodos para aumentar la especificidad.

Biopsia guiada por tomografía en L2 y L3: anatomía patológica: fibrosis medular, infiltrado linfoplasmocitario con polimorfonucleares (proceso inflamatorio crónico en actividad).

Bacteriología: L3: *Staphylococcus* coagulasa-negativa resistente a cefalotina, eritromicina, oxacilina y cotri-

moxazol. L2: no desarrolla gérmenes ni bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR).

Se realiza un esquema antibiótico con vancomicina y rifampicina considerando cultivo y antibiograma.

Evoluciona de manera favorable y se traslada a un centro de rehabilitación para completar el tratamiento psiquiátrico y kinesiológico.

**CASO IX: C. L. P.**

Hombre de 48 años consulta por dolor lumbar, fiebre y limitación para la marcha.

Se evidencia velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada, con leucopenia: durante la internación se realiza un diagnóstico de VIH y se inicia tratamiento médico.

TAC músculo ilíaco y psoas derecho con áreas hipodensas que no realzan a la instalación de contraste. RMN de columna revela hiperintensidad en la región posteromedial de L3-L4 compatible con espondilodiscitis.

Se realizó punción del absceso de psoas con rescate de *Staphylococcus aureus*. Se inició tratamiento con vancomicina y rifampicina.

**CASO X:**

Hombre de 60 años, diabético e hipertenso, consulta por limitación para la marcha y dolor lumbar que no mejora con la analgesia.

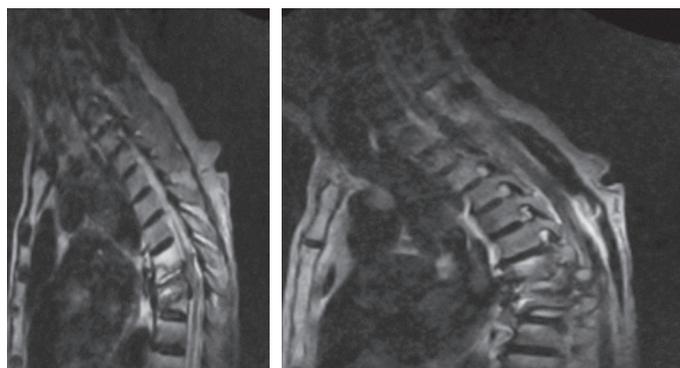
Se realiza radiografía de columna lumbosacra que muestra signos de espondilolistesis a nivel de L1.

RMN evidencia imagen hipercaptante a nivel de L1, se realiza tratamiento empírico con ciprofloxacina, con mejoría de los síntomas. Control ambulatorio.

**CASO XI: L. P. P.**

Hombre de 84 años que ingresa para procedimiento de resección transuretral de próstata. Antecedentes de HTA y diabetes.

Durante el postoperatorio (POP) inmediato presenta fiebre y parestesias de miembros inferiores; tratamiento inicial con ciprofloxacina. Persiste con déficit neurológico, por lo que se realiza RMN de columna dorsal que evidencia lesiones líticas a nivel de D7-D8, se realiza punción y se obtiene *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. Se inicia tratamiento con vancomicina durante seis semanas.

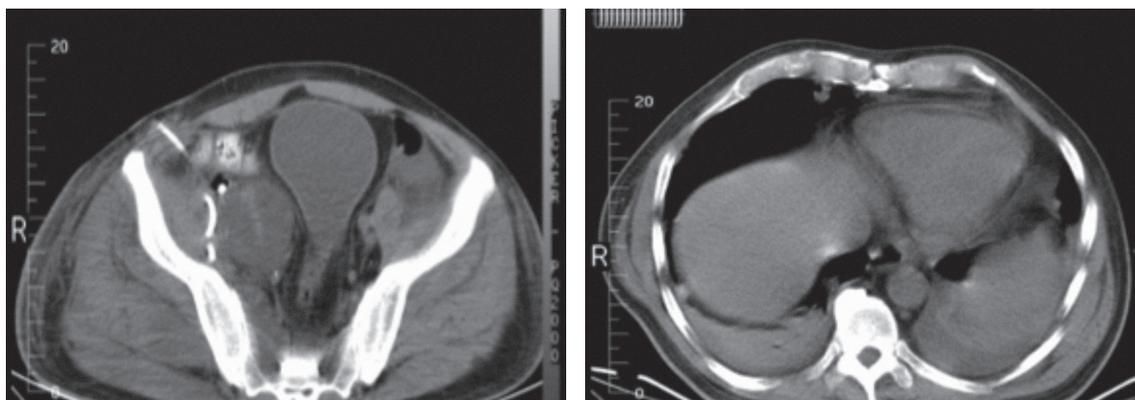


## CASO XII: C. B.

Paciente de 60 años que consulta por fiebre, dolor lumbar y limitación para la marcha.

Se realiza ecografía abdominal que muestra sospecha de absceso del psoas derecho, se realiza punción y se rescata *Staphylococcus aureus* multisensible. Se conti-

núa tratamiento con ceftriaxona. Por persistencia de los síntomas se realiza tomografía que evidencia imágenes hiperdensas perivertebrales a nivel de L3-L4, se realizan punción y hemocultivos con rescate de *Staphylococcus aureus* sensible a la metilicina. Se inicia tratamiento con vancomicina y gentamicina durante seis semanas.



## Discusión

El resumen de los casos presentados se observa en el anexo 1. En ningún caso el planteo inicial fue el de espondilodiscitis.

El lapso transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue de más de una semana.

La eritrosedimentación elevada se presenta como un marcador frecuente pero inespecífico, aunque de valor durante el seguimiento.

Una edad mayor de 50 años, fiebre, diabetes mellitus, antecedentes quirúrgicos, alcoholismo, dolor de cuatro a seis semanas que no responde a tratamiento analgésico habitual, infecciones urinarias y déficit neurológico son catalogados en las series investigadas como factores de riesgo para el desarrollo de la discitis infecciosa.

## Conclusión

La espondilodiscitis constituye una enfermedad de difícil diagnóstico; las manifestaciones clínicas como dolor lumbar y dorsal son inespecíficas. Su presentación clínica suele ser insidiosa y puede pasar inadvertida durante largos períodos, lo que en ocasiones retrasa el inicio del tratamiento.

Desde el punto de vista microbiológico, nuestros datos son comparables a los de otros autores que señalan al *Staphylococcus aureus* como principal germen causal; sin embargo, la sensibilidad antibiótica mostró gérmenes sensibles a la metilicina, a diferencia de lo registrado en las series mundiales. La PCR y la velocidad de sedimen-

tación elevadas presentes en todos los pacientes concuerdan con lo descrito en la literatura.

En lo que respecta a estudios por imágenes, queremos destacar que los estudios radiográficos y tomográficos (TAC) presentan manifestaciones tardías de difícil interpretación, incluso para el médico especialista en imágenes, por lo que la RMN resulta el estudio de primer orden, muy sensible y específico, pero de mayor costo y menor accesibilidad.

El centellograma óseo (sin marcación con antibiótico) es sensible pero poco específico, y la principal dificultad que plantea es diferenciar lesiones neoplásicas de las infecciosas.

El tratamiento de esta entidad es esencialmente médico, con tratamiento antibiótico de amplio espectro intravenoso durante períodos prolongados de entre seis y ocho semanas.

La mortalidad de esta afección se estima en torno al 5%, por lo que requiere un alto índice de sospecha clínica.

Los autores proponen un algoritmo de manejo que se aprecia en el anexo 2. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

- Mader JT, Calhoun J. Osteomielitis. En Mandell GL, Bennett JE (dirs.). *Enfermedades infecciosas: principios y terapéutica*. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 2000:169-74
- Rivero MG, Salvatore AJ, De Wouters L. Espondilodiscitis infecciosa espontánea. *Medicina (Buenos Aires)* 1999; 59:143-50
- Pintado-García V. Espondilodiscitis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26(8):510-7
- Dunbar JA, Sandoe JA, Rao AS, et al. The MRI appearances of early vertebral osteomyelitis and discitis. *Clin Radiol* 2010;65(12):974-81
- Sehn JK, Gilula LA. Percutaneous needle biopsy in diagnosis and identification of causative organisms in cases of suspected vertebral osteomyelitis. *Eur J Radiol* 2012;81(5):940-6
- Sapico FL, Montgomerie JZ. Vertebral osteomyelitis. *Infect Dis Clin North Am* 1990;4(3):539-50
- 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, 1995:55-80
- Hicks GS, Duddleston DN, Russell LD, et al. Low back pain. *Am J Med Sci* 2002;324(4):207-11
- Carek PJ, Dickerson LM, Sack JL. Diagnosis and management of osteomyelitis. *Am Fam Physician* 2001;63(12):2413-20
- Arias S, Pérez C, Banchemo G y col. Espondilodiscitis bacterianas inespecíficas. *Rev Med Uruguay* 2005;21:321-6

## Agradecimientos

A la Dra. Carina Sequeira por su asesoramiento en el área de intervencionismo por imágenes y a la Dra. Adriana Romaní en infectología.

### ANEXO 1

### RESUMEN DE LOS CASOS

Caso Clínico	Sexo	Edad	Signos y síntomas de ingreso	Rescate bacteriológico	Estudio por imagen y localización	Tratamiento antibiótico	Evolución
I	Hombre	71 años	Lumbalgia invalidante	<b>Sin</b> rescate bacteriológico	L2 y L3, acúñamiento anterior en L4, que realza con contraste	Vancomicina Levofloxacina Teicoplanina	Mala evolución, paciente fallece por falla orgánica múltiple (FMO)
II	Mujer	64 años	Fiebre, disuria, lumbalgia	<i>Staphylococcus aureus</i>	L1-L2-L4-L5	Vancomicina Rifampicina	Buena evolución. Externación
III	Hombre	63 años	Disnea CF IV, retención aguda de orina (RAO)	<i>Staphylococcus aureus</i>	L1-L2-L4-L5 con compromiso edematoso	Vancomicina Rifampicina	Buena evolución. Externación
IV	Hombre	51 años	Dolor abdominal, fiebre, disuria	<i>Staphylococcus aureus</i>	Compromiso en diagnóstico	Vancomicina Rifampicina Teicoplanina	Buena evolución. Externación
V	Mujer	69 años	Dolor lumbar, fiebre, hiporexia no selectiva	<i>Staphylococcus aureus</i>	L1-L2	TMS Rifampicina	Buena evolución. Externación
VI	Hombre	42 años	Dolor lumbar intenso	<i>Staphylococcus aureus</i>	L2-L3,	Vancomicina Clindamicina	Buena evolución. Externación
VII	Hombre	70 años	Dolor lumbar	<b>Sin</b> rescate bacteriológico.	L4-L5-S1	Vancomicina Imipenem	Buena evolución. Externación
VIII	Hombre	44 años	Dolor lumbar	<i>Staphylococcus aureus</i>	D XI-L1-L2	Vancomicina Rifampicina	Buena evolución. Externación
IX	Hombre	75 años	Disnea	<i>Staphylococcus aureus</i>	L3-L4	Vancomicina Rifampicina	Buena evolución
X	Hombre	48 años	Dolor lumbar	<b>Sin</b> rescate	L3	Ciprofloxacina	Buena evolución
XI	Hombre	54 años	Dolor lumbar y fiebre	<i>Escherichia coli</i>	L3-L4	Rifampicina Vancomicina	Buena evolución
XII	Hombre	56 años	Lumbalgia invalidante	<i>Staphylococcus aureus</i>	D7-8	Vancomicina Gentamicina	Buena evolución

ANEXO 2

PROPUESTA DE MANEJO DE PACIENTES CON ESPONDILODISCITIS

