

## Una lumbalgia atípica con una causa infrecuente: espondilodiscitis por neumococo

Alberto Kramer-Ramos<sup>1</sup>, María del Mar García-Méndez<sup>2</sup>, Ana Azahara García-Ortega<sup>3</sup>, Vladimir Rosa-Salazar<sup>2</sup>,  
Bartolomé García-Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). España

<sup>2</sup>Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). España

<sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). España

Recibido: 24/01/2017

Aceptado: 03/05/2017

En línea: 31/08/2017

**Citar como:** Kramer-Ramos A, García-Méndez MM, García-Ortega AA, Rosa-Salazar V, García-Pérez B. Una lumbalgia atípica con una causa infrecuente: espondilodiscitis por neumococo. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Ago); 2(2): 94-96.

**Autor para correspondencia:** Vladimir Rosa-Salazar. [vladimedio@gmail.com](mailto:vladimedio@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Espondilodiscitis
- ▷ Neumococo lumbalgia
- ▷ Infección vertebral

### Keywords

- ▷ Spondylodiscitis
- ▷ Pneumococcal lumbago
- ▷ Vertebral infection

### Resumen

Describimos el caso de un varón de 13 años sin ningún antecedente de interés con un cuadro de fiebre intermitente y dolor lumbar de 4 semanas de evolución que fue finalmente diagnosticado de espondilodiscitis neumocócica. Resaltar la importancia de esta comunicación, por los escasos casos descritos en la literatura de esta forma de enfermedad neumocócica invasiva, y también por su afectación en un paciente joven y sin patología crónica de base, ya que la espondilodiscitis neumocócica suele afectar a pacientes con edad superior a 50 años y con comorbilidad importante (inmunosupresión, asplenia, diabetes, consumo de alcohol, etc.).

### Abstract

*We describe the case of a 13-year-old male with no history of interest with intermittent fever and 4-week low back pain who was finally diagnosed as having pneumococcal spondylodiscitis. To emphasize the importance of this communication, due to the few cases described in the literature of this form of invasive pneumococcal disease, and also because of their involvement in a young patient with no underlying chronic pathology, since pneumococcal spondylodiscitis usually affects patients with age over 50 years and with significant comorbidity (immunosuppression, asplenia, diabetes, alcohol consumption, etc.).*

### Puntos destacados

- ▷ Proponemos un caso muy ilustrativo sobre el manejo diagnóstico de una espondilodiscitis y la importancia del estudio microbiológico para aislar el agente etiológico y pautar el tratamiento antibiótico más adecuado.

## Introducción

La espondilodiscitis neumocócica es una forma poco frecuente de enfermedad neumocócica invasiva. Se estima que 8 de cada 1000 bacteriemias por neumococo se complican con espondilodiscitis, existiendo alrededor de 50 casos descritos en la literatura.

Suele afectar a personas mayores de 50 años y con comorbilidades importantes como diabetes, alcoholismo, inmunosupresión, o asplenia<sup>1,2,3</sup>. Describimos el caso clínico de espondilodiscitis neumocócica en un varón de 13 años sin patología subyacente.

## Historia clínica

Paciente varón de 13 años con una situación basal adecuada para su edad y que realizaba deporte de forma habitual.

Antecedente personal de laringitis episódicas con estudio alergológico, que concluyó con sensibilización subclínica a epitelios en pruebas cutáneas. Carecía de tratamiento crónico salvo dipropionato de beclometasona y fumarato de formoterol dihidrato a demanda de forma ocasional.

El paciente, 4 semanas antes del ingreso, comenzó con rinorrea y febrícula, que se continuó con fiebre de alto grado durante una semana. Los síntomas respiratorios desaparecieron, persistiendo la fiebre intermitente y apareciendo dolor lumbar irradiado a la región inguinal derecha. Acudió a Urgencias, siendo diagnosticado en primera instancia de probable artritis de cadera derecha secundaria a cuadro viral a pesar de que se le realizó una ecografía de cadera que fue normal. Ante la persistencia de la fiebre y la lumbalgia acudió nuevamente a Urgencias por lo que ingresó en nuestra unidad.

En la exploración física presentó temperatura 38 °C, tensión arterial 120/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, dolor a la presión en apófisis espinosas lumbares y el resto fue totalmente anodina.

En cuanto a las pruebas complementarias, se realizó un hemograma que objetivó una hemoglobina 11.3 g/dL, hematocrito 32.9%, plaquetas  $283.000 \times 10^3/uL$ , leucocitos  $11.350 \times 10^3/uL$  (75% neutrófilos y 13% linfocitos), y VSG 39 mm/h [0.0-20.0]. En la bioquímica destacaba una proteína C reactiva de 8 mg/dL [valor normal 0.00-0.50], y el resto fue normal. La coagulación, la orina y hormonas tiroideas fueron normales. La radiografía de tórax, de cadera y de columna no mostraron alteraciones.

Se realizaron hemocultivos y serologías de VHA, VHB, VHC, CMV, VEB, VIH y *Brucella* que fueron negativos. También se realizó una ecocardiografía que no mostró alteraciones y el cuantiferon TBC también negativo, sin datos de anergia.

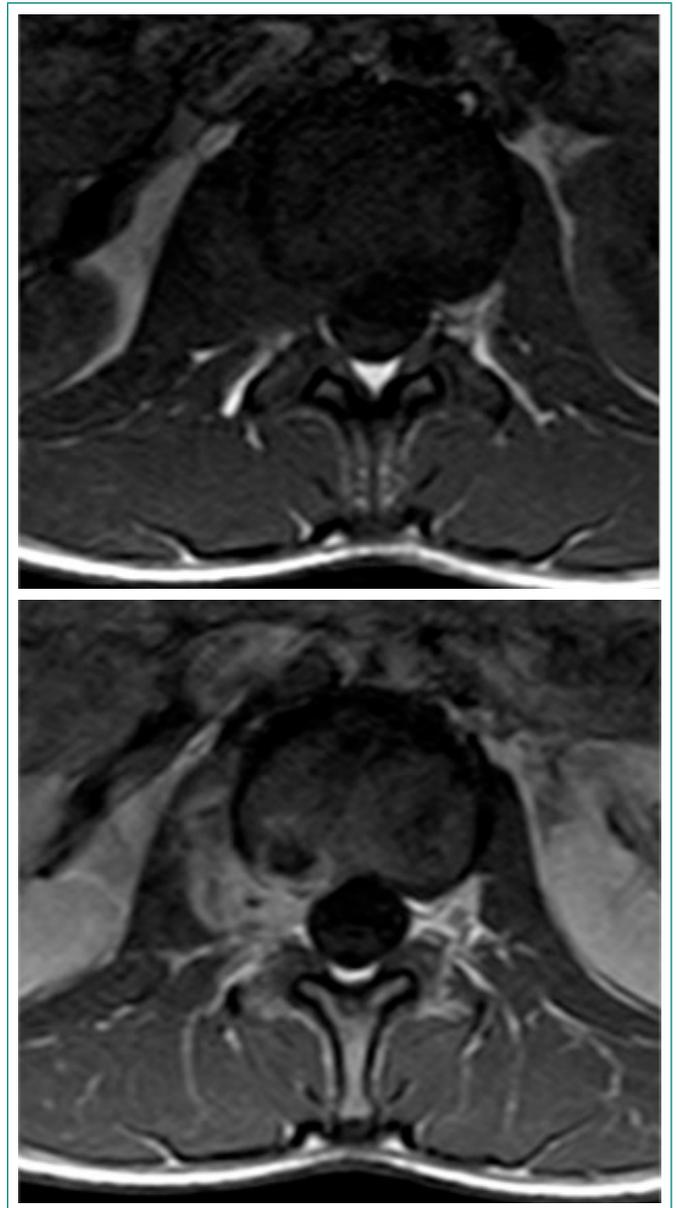
Se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna, que objetivó espondilodiscitis L1-L2 con componente flemonoso y extensión mínima al espacio epidural y especialmente al foramen y psoas derecho, englobando la raíz L1 derecha (Figuras 1 y 2). Ante estos hallazgos, se realizó una punción-biopsia del disco intervertebral L1-L2 y otra vertebral, de L1, que se remitió a Anatomía Patológica donde se apreció hueso esponjoso reactivo con tejido de granulación e inflamación aguda. En el estudio microbiológico de estas muestras creció un Gram positivo, *Streptococcus pneumoniae*, sin resistencias; el Ziehl-Neelsen, la PCR complejo *Mycobacterium tuberculosis*, y cultivo de Löwenstein fueron negativos.

El paciente recibió tratamiento empírico tras la RMN con cloxacilina y ceftriaxona durante 2 semanas, y tras resultado del cultivo continuó tratamiento con levofloxacino oral durante 4 semanas más con resolución completa del cuadro y quedando totalmente asintomático, pudiendo volver a su actividad física habitual a los dos meses.

**Diagnóstico:** espondilodiscitis aguda por *Streptococcus pneumoniae*.



**Figura 1.** Alteración de la señal del resonancia del cuerpo vertebral de L1 a modo de hiposeñal en secuencias T1 y señal heterogénea en secuencias T2, con extensión al disco y al platillo superior de L2



**Figura 2.** Se aprecia una masa de partes blandas, heterogénea, con intenso realce tras el contraste iv, que ocupa el espacio epidural anterior derecho, y se extiende al foramen y espacio paravertebral, con compromiso radicular de L1 derecho. Hallazgos compatibles con proceso inflamatorio-infeccioso en probable relación con espondilodiscitis

## Discusión y conclusiones

La espondilodiscitis presenta una baja incidencia con 2.2/100.000 personas/año, siendo la vía hematógena la más frecuente. Como en nuestro caso, se suelen afectar dos vértebras contiguas y el disco intervertebral. En cuanto a su etiología, los *Staphylococcus aureus* son responsable del más del 50% de los casos. También pueden participar bacilos gram negativos entéricos, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida* spp, *Streptococcus* grupo B y G, tuberculosis o brucelosis<sup>4</sup>. La mayoría de los pacientes presentan síntomas durante semanas antes del diagnóstico y la manifestación clínica más importante es el dolor en la columna<sup>3</sup>. La fiebre no está presente hasta en la mitad de los casos y en cuanto a los datos de laboratorio, la leucocitosis no es constante, sí lo es el aumento de VSG y PCR, que son útiles también para evaluar la respuesta al tratamiento<sup>5</sup>.

Se debe sospechar en el marco de un paciente con dolor de espalda, sobre todo con fiebre y/o bacteriemia o endocarditis. Es la RMN, la técnica de imagen más sensible para el diagnóstico, en el que encontramos resultados similares a otros casos publicados<sup>6</sup>. El diagnóstico se establece en base a los cultivos obtenidos con biopsia guiada con TAC de la vértebra afectada o del disco. Se deben enviar muestras a microbiología para cultivo aerobio y anaerobio, hongos, micobacterias, y para anatomía patológica. Los hemocultivos son positivos en más de 50%. Si los hemocultivos son positivos para Gram positivos debemos descartar endocarditis infecciosa en pacientes con enfermedad valvular o insuficiencia cardíaca de reciente comienzo.

La espondilodiscitis neumocócica es una patología excepcional<sup>3,7</sup>, en la literatura hay descritos 50 casos aproximadamente, la mayoría en adultos con comorbilidades importantes, siendo la localización más frecuente es la columna lumbar. Las infecciones de las vías respiratorias son la principal puerta de entrada aunque también hay casos descritos en los que no se conoce ésta. Cabe destacar que nos encontramos ante un caso bastante infrecuente tanto por la baja incidencia nacional, como por la corta edad de nuestro paciente, la escasa comorbilidad del mismo, y por estar provocado por un patógeno poco habitual, *Streptococcus pneumoniae*.

Como conclusión, destacar la importancia del diagnóstico etiológico en la espondilodiscitis aguda, para poder tratar con el antibiótico más indicado según el caso, siendo necesario la punción en muchas ocasiones.

## Bibliografía

1. Suzuki H, Shichi D, Tokuda Y, Ishikawa H, Maeno T, Nakamura H. Pneumococcal vertebral osteomyelitis at three teaching hospitals in Japan, 2003-2011: analysis of 14 cases and a review of the literature. *BMC Infect Dis*. 2013 Nov 8;13:525. doi: 10.1186/1471-2334-13-525.
2. Rossi P, Granel B, Mouly P, Demoux AL, Le Mée F, Bernard F, Faugère G, Francès Y. An atypical pneumococcal arthritis. *BMJ Case Rep*. 2010 Oct 18;2010. pii: bcr0120102638. doi: 10.1136/bcr.01.2010.2638.
3. Turner DP, Weston VC, Ispahani P. *Streptococcus pneumoniae* spinal infection in Nottingham, United Kingdom: not a rare event. *Clin Infect Dis*. 1999, 28 (4): 873-881. 10.1086/515194.
4. Yoon SH, Chung SK, Kim KJ, Kim HJ, Jin YJ, Kim HB: Pyogenic vertebral osteomyelitis: identification of microorganism and laboratory markers used to predict clinical outcome. *Eur Spine J* 2010; 19 (4):575-582.
5. Lüthy J1, Trampuz A, Tyndall A, Vogt T. Spondylodiscitis without fever: a diagnostic challenge. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008 Aug;133(34-35):1725-9. doi: 10.1055/s-0028-1082794.
6. Ribeiro S, Domingues V, Faria RM, Mendonça T. Invasive pneumococcal disease complicated by cerebral vasculitis, transient diabetes insipidus and spondylodiscitis. *BMJ Case Rep*. 2013 Aug 19;2013. pii: bcr2013010336. doi: 10.1136/bcr-2013-010336.
7. Gómez Rodríguez N, Durán Muñoz O. Pneumococcal spondylodiscitis and pleural effusion. Report of a case and literature review. *An Med Interna*. 2007 Jan; 24(1): 27-30.