

ESPONDILODISCITIS

Autores: Dr. Melchor Riera, Dr. Antonio Ramírez, Dra. Apolonia Amengual, Dr. Joan Miquel Femenías.

Osteomielitis vertebral (OV) o espondilodiscitis se define como la infección de la vértebra y del disco intervertebral.

La incidencia de espondilodiscitis bacterianas ha aumentado en las últimas décadas.

A menudo es el resultado de una infección de origen hematógeno que afecta el cuerpo vertebral y al espacio discal adyacente por contigüidad ya que el disco es avascular. Si el origen es hematógeno predomina afectación lumbar 53% y dorsal 30%.

Puede haber infecciones secundarias a cirugía de columna, catéteres epidurales, prótesis disciales.

Sospecha diagnóstica

- Pacientes con dolor dorso-lumbar o cervical de nueva aparición, especialmente si se acompaña de fiebre o elevación de PCR, VSG.
- Pacientes con dolor dorso-lumbar o cervical y bacteriemia o endocarditis, especialmente por *S. Aureus*.
- Pacientes con fiebre y síntomas neurológicos sugestivos de compresión medular o radicular.

Diagnóstico

- Sospecha clínica.
- Elevación PCR (12-14 mg/dL) y VSG (80 m/hora).
- La radiografía de columna: la pérdida de espacio interdiscal y la osteólisis de dos vértebras contiguas. puede ser normal durante las primeras 2-3 semanas .
- TAC columna: irregularidad por osteolisis de dos platillos vertebrales contiguos pueden verse abscesos de partes blandas o epidurales.
- La técnica de elección es la RNM de columna : disminución de la intensidad de señal en T1 de vertebras contiguas y del disco y aumento de la intensidad de señal en T2. Permite además visualizar abscesos, compresión radicular o medular.
- PET TAC: cuando no puede realizarse RNM, también podría ser útil en el seguimiento y en la evaluación de la respuesta antibiótica.

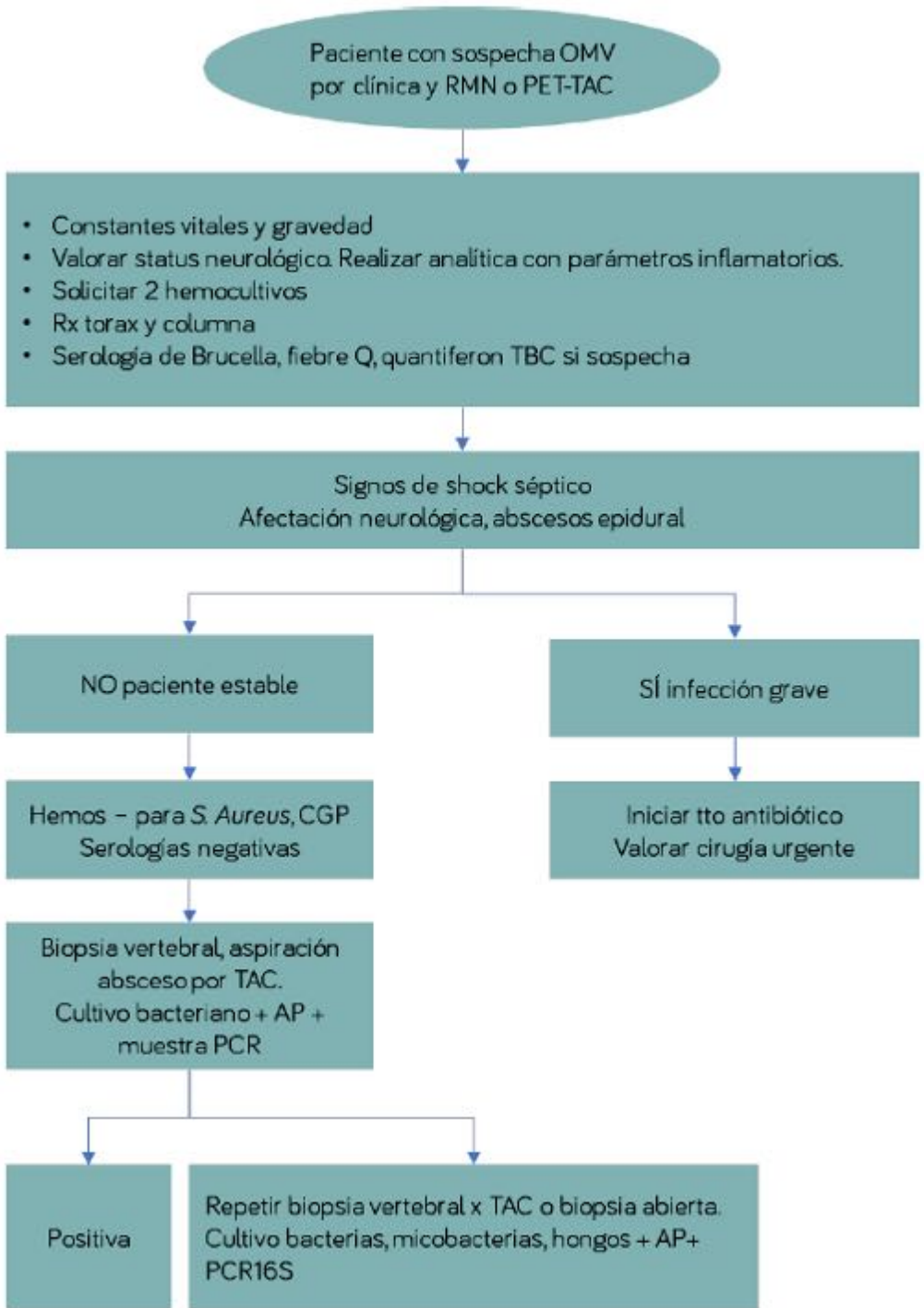
Es muy importante llegar a un diagnóstico microbiológico

Obtener muestras de biopsia vertebral por biopsia dirigida

Transportar las muestras en tubos estériles eluidas en agua destilada estéril hasta un mínimo de 0.5 ml de muestra
Es recomendable el máximo de muestra posible
Informar la sospecha diagnostica de OV

Cultivo bacteriano
Cultivo para hongos
Cultivo para mycobacterias
Análisis con PCR-16S

Algoritmo de actuación



Tratamiento

En pacientes clínicamente estables y sin afectación neurológica, es preferible demorar el inicio del tratamiento antibiótico hasta tener un diagnóstico microbiológico establecido.

Tratamiento empírico:

- Vancomicina 20 mg /Kg /12h (corregir según función renal y niveles valle) + ceftazidima 2g/8g EV.
- Pacientes con infecciones previas por enterobacterias BLEE: Vancomicina 20 mg/Kg/12h (corregir según función renal y niveles valle) + Meropenem 1g/8h EV.
- El tratamiento EV se aconseja durante 7 días si se ha descartado endocarditis, posteriormente se puede continuar con tratamiento antibiótico oral hasta completar 6 semanas de tratamiento.

Tratamiento dirigido:

Etiología	Opciones de tratamiento EV	Opciones de tratamiento oral	Opciones de tratamiento en investigación
<i>S. Aureus</i> MS	Cloxacilina 2g/4h o infusión continua o Cefazolina 8-12 g/24 h	Levofloxacin 500-750 mg/24h+ Rifampicina 10 mg/kg día	Dalbavancina (1500 mg en día 1 y 8) o Tedizolid (200 mg cada 24)
SARM o SCN	Teicoplanina (dosis carga 12 mg/kg peso) o Vancomicina 20 mg/Kg/12h o Daptomicina (10 mg/kg/día)	Linezolid 600 mg/12h o Dalvabancina 1 g DU seguido 500 mg semanales	Dalbavancina (1500 mg en día 1 y 8) o Tedizolid (200 mg cada 24)
<i>Enterococcus</i> (sensible a penicilina)	Ampicilina 12 g al día o Inf continua +/- gentamicina 7 mg/Kg/día repartido cada 12h (ajustar x función renal y niveles) o ceftriaxona 2 g /24h.	Amoxicilina 1 g /5h o Linezolid 600 mg/12h	Dalbavancina (1500 mg en día 1 y 8) o Tedizolid (200 mg cada 24)
<i>Enterococcus</i> (resistente a penicilina o paciente con alergia B - lactámicos)	Vancomicina 20 mg/Kg/12h o Daptomicina 10 mg/kg/día	Linezolid 600 mg/12h o Dalvabancina 1 g seguido 500 mg semanales	Dalbavancina (1500 mg en día 1 y 8) o Tedizolid (200 mg cada 24)
<i>Streptococcus</i>	Penicilina G sódica 20-24 UI/24h o Ceftriaxona 2 g/24h Si alergia Vancomicina o Daptomicina	Amoxicilina 1 g/ 6h o Linezolid 600 mg/12h	
Bacilos gram negativos *según sensibilidad	Ceftazidima 2 g/8 h o Meropenem 2 g/8 h*	Ciprofloxacino 750 mg/12h	