Discitis

Asunción Megías Montijano, Mª Luisa Navarro Gómez y
Teresa Hernández-Sampelayo Matos

Concepto

Inflamación aguda del disco intervertebral caracterizada por dolor lumbar, adelgazamiento del espacio intervertebral y erosión de las superficies vertebrales adyacentes. Aparece generalmente en niños menores de 5 años y no tiene predilección por el sexo. Se localiza casi exclusivamente en la región lumbar, y se afecta con más frecuencia el disco intervertebral situado entre L_4-L_5 y en segundo lugar el situado entre L_3-L_4.

Etiología

No bien conocida, la mayoría de autores proponen una etiología infecciosa. De entre los microorganismos implicados, el principal agente responsable es el *S. aureus* (50%). Más raros son *S. pneumoniae* y bacterias gram-negativas como *Salmonella y K. kingae*.

Patogenia

Probablemente se produce de forma secundaria a un proceso infeccioso indolente en el curso de leve bacteriemia. La mayoría de los casos se presenta en menores de 5 años, edad en la que el disco intervertebral está bien vascularizado. La vascularización de la superficie cartilaginosa del disco intervertebral involuciona con la edad, por lo que la discitis es muy rara en edades posteriores de la vida.

Clínica

Desde el inicio de la clínica hasta el diagnóstico normalmente transcurren 10 semanas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

— Irritabilidad y rechazo del alimento (en lactantes).

— Aparición progresiva de cojera y rechazo del niño a sentarse, caminar o permanecer de pie.

— Dolor lumbar progresivo y cojera.

— No suele existir fiebre o es de bajo grado.

— Suelen existir antecedentes de infección respiratoria o traumatismo previo.

Diagnóstico

Se basa en:

1) Hallazgos clínicos compatibles (rechazo a gatear, sentarse o andar o dolor de espalda).

2) Estudio radiográfico o gammagráfico con resultado anómalo.

Diagnóstico diferencial

1. Proceso infeccioso:

- Osteomielitis vertebral.
- Espondilitis tuberculosa *(enfermedad de Pott)*.

2. *Traumatismo:* Fractura o hernia de disco.
3. *Tumoral:* Tumor espinal o paraespinal (osteoma osteoide).
4. *Metabólica:* Necrosis avascular de un cuerpo vertebral.
5. *Congénita:* Espondilolistesis.
6. *Inmunológica:* Espondilitis anquilosante.
7. *Miscelánea:*
   - Enfermedad gastrointestinal (lesiones altas: T8 a L1).
   - Enfermedad de Scheuerman (osteocondritis vertebral).

Examen clínico

La exploración física suele ser normal, aunque en ocasiones puede objetivarse:

— Fiebre de bajo grado o temperatura normal.

— Rigidez y pérdida de la lordosis habitual.

— Dolor raquídeo difuso, que aumenta con la presión.

— Espasmo muscular con limitación de los movimientos. Dificultad a la flexión dorsal.

Exploraciones complementarias

Laboratorio

— El recuento leucocitario suele ser normal (sólo un tercio de pacientes desarrollan leucocitosis).

— La elevación de la VSG es casi constante.

— Hemocultivos.

— La aspiración diagnóstica con aguja no está indicada de primera elección por el riesgo de daño medular. Solamente se realizará en casos que no respondan al tratamiento médico.

Métodos de imagen

- *Rx simple lateral de columna:* Los hallazgos radiográficos característicos no son evidentes hasta fases avanzadas en el curso de la enfermedad. Los cambios radiográficos son progresivos:
  — Adelgazamiento del espacio intervertebral (detectable a las 2-4 semanas del inicio de la clínica).
  — Erosión irregular de las superficies vertebrales adyacentes.
  — Herniación del disco en el cuerpo vertebral.
- *Gammagrafía con Tc^{99}:* Aumento de la captación del isótopo en los cuerpos vertebrales adyacentes al disco afectado. *Gammagrafía con galio:* Localización específica de los discos afectados.
- *RMN:* Útil en casos precoces o atípicos. Es la técnica de elección para diferenciar los casos de osteomielitis vertebral (técnica de elección).

Evolución

Suele ser favorable. La mayoría de los niños recuperan el espacio intervertebral. En niños más mayores es frecuente la fusión intervertebral. Es infrecuente que persista un dolor de espalda crónico.

Tratamiento

Antibiótico

Debe comenzarse con antibióticos intravenosos en casos de cultivos positivos o si la disci-

tis tiene un curso atípico o prolongado. Una vez pasada la fase aguda, pasar a la vía oral hasta la resolución de la clínica. El tratamiento debe durar entre 3 y 6 semanas.

Son de elección las penicilinas antiestafilocócica

Medidas de sostén

Antiinflamatorios e inmovilización.

En pacientes con mínima sintomatología la inmovilización podría ser el único tratamiento.

Cirugía

Para casos refractarios o en caso de evidencia de absceso paravertebral.

Información a los padres

La discitis es una enfermedad poco frecuente en la infancia que aparece casi de forma exclusiva en menores de 5 años; característicamente estos niños presentan poca o ninguna afectación del estado general por lo que el diagnóstico suele retrasarse.

En niños pequeños es típico el rechazo a andar, gatear o permanecer de pie, mientras que los mayores suelen referir dolor lumbar. Los hallazgos radiográficos a menudo aparecen tardíamente, por lo que se requieren otros estudios para establecer el diagnóstico en fases tempranas de la enfermedad. No se dispone de datos concluyentes acerca de la etiología de la discitis, pero el hecho de que la mayoría de los cultivos sean estériles y que los pacientes se recuperen sin tratamiento no apoya la hipótesis infecciosa. El tratamiento antimicrobiano no es siempre necesario, dejándose para los casos de peor evolución. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos a las 6-8 semanas de iniciar el tratamiento.

Bibliografía

1. Krogstad P, Smith A. Musculoskeletal infections. Osteomyelitis and septic arthritis. Textbook of Ped Infect Dis. Feigin and Cherry. W.B. Saunders Company. 4 ed. 1998, 64 (1): 691-692.
2. Nelson JD. Disk space infection. Nelson Textbook of Pediatrics. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. W.B. Saunders Company. 16th ed. 2000, 685(7): 2088-2089.
3. Fernández M, Carrol L, Baker C. Discitis y osteomielitis vertebral en niños: revisión de 18 casos. Pediatrics (ed. Español) 2000, 49(6): 392-398.

NOTAS