

Espondilodiscitis bacteriana y absceso de psoas: lumbago de difícil manejo

David Lira¹, Nilton Custodio¹, Rosa Montesinos², Julio Linares¹, Eder Herrera³

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente varón de 56 años de edad, con lumbago refractario, que fue referido para tratamiento especializado. Presentó leucocitosis, anemia y aumento de la velocidad de sedimentación globular. La tomografía computarizada (TC) lumbosacra evidenció destrucción de los cuerpos vertebrales L4 y L5, y absceso de psoas, que requirió biopsia guiada por TC, limpieza quirúrgica posterior y tratamiento antibiótico por seis meses con ciprofloxacino y clindamicina, así como uso de corsé semirígido lumbosacro. A los doce meses del inicio del tratamiento, la TC lumbosacra de control presentaba signos de fusión de los cuerpos vertebrales L4 y L5, y el paciente pudo reintegrarse a su actividad laboral con limitaciones. En conclusión, aunque el lumbago es una patología frecuente y benigna, hay que tener cuidado en ampliar los exámenes auxiliares cuando el dolor se hace refractario al tratamiento y existen síntomas asociados, para diagnosticar en forma precoz enfermedades como la espondilodiscitis bacteriana y realizar un tratamiento oportuno.

Palabras clave: Absceso de psoas. Ciprofloxacino. Espondilodiscitis. Lumbago. Osteomielitis. *Staphylococcus aureus*.

Bacterial Spondylodiscitis and Psoas abscess: persistent low back pain

ABSTRACT

A 56-year-old man with refractory low back pain, who was referred to specialized treatment. He had leukocytosis, anaemia and elevated erythrocyte sedimentation rate. Computed tomography (CT) of the lumbosacral spine showed destruction of the L4 and L5 vertebral bodies and psoas abscess, which required CT-guided biopsy, subsequent surgical cleaning and antibiotic therapy for six months with ciprofloxacin and clindamycin, as well as the wearing of a semirigid lumbosacral corset. Twelve months after starting the treatment, the lumbosacral CT of control presented signs of fusion of the L4 and L5 vertebral bodies, and this patient could return to his labor activity with limitations. In conclusion, although low back pain is a frequent and benign pathology, it is necessary to be careful and apply auxiliary examinations when the pain is refractory to treatment and there are associated symptoms to diagnose diseases, such as bacterial spondylodiscitis, in early stages, and to give a convenient treatment.

Key words: Psoas abscess. Ciprofloxacin. Spondylodiscitis. Low back pain. Osteomyelitis. *Staphylococcus aureus*.

1. Servicio de Neurología. Clínica Internacional. Lima, Perú.

2. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Clínica Internacional. Lima, Perú.

3. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Como citar el artículo: Lira D, Custodio N, Montesinos R, Linares J, Herrera E. Espondilodiscitis bacteriana y absceso de psoas: lumbago de difícil manejo. Interciencia. 2012;3(4): 25 - 30

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar o lumbago es una de las causas más frecuentes de consulta médica, y representa un elevado costo económico no solo por los gastos médicos que representa su tratamiento, sino también por la discapacidad que genera esta enfermedad¹. Debido a su elevada frecuencia de presentación, el tratamiento del lumbago es realizado por diferentes especialistas e inclusive por el médico general. El tratamiento sintomático del dolor es la conducta usual y en la mayoría de los casos, el dolor lumbar se asocia a contractura muscular y es secundario a esfuerzos físicos, pudiendo el paciente reintegrarse rápidamente a sus labores habituales².

Algunos pacientes presentan casos refractarios de dolor lumbar, que se asocian a limitación funcional de miembros inferiores y en ocasiones a compromiso óseo y neurológico³, lo que obliga a un estudio más exhaustivo, con la finalidad de instalar el tratamiento definitivo y evitar que se presenten secuelas.

Presentamos el caso de un paciente con lumbago refractario, que recibía tratamiento en un establecimiento de salud de atención primaria, y fue referido a un establecimiento de atención especializada por presentar complicaciones neurológicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 56 años de edad, técnico de telecomunicaciones, con antecedente de haberse caído sentado cuatro meses antes del ingreso, con un tiempo de enfermedad de dos meses de evolución, caracterizado por dolor lumbar progresivo que requirió múltiples hospitalizaciones en su lugar de origen, donde recibió tratamiento analgésico en forma reiterada con antiinflamatorios no esteroideos, dos semanas antes del ingreso presentó episodio de hemorragia digestiva alta y recibió transfusión sanguínea.

Posteriormente presentó intenso dolor lumbar que se asoció a impotencia funcional de miembros inferiores, siendo transferido a un establecimiento de salud de atención especializada.

Al examen físico se encontraba despierto, lúcido, orientado, con pares craneales normales, presentó signo de Lasègue positivo bilateral a 45 grados, tenía dolor intenso a la palpación muscular en región paravertebral lumbar bilateral, impotencia funcional de miembros inferiores, sensibilidad normal.

Los exámenes auxiliares mostraron una hemoglobina de 8,7 g/dL, hemograma con 14 000 leucocitos/mm³, 87 % de segmentados, 11 % de linfocitos, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 120 mm/h, proteína C reactiva de 96 mg/L, hipoalbuminemia moderada, glucosa, urea, creatinina, bilirrubinas, HIV, VDRL, perfil de coagulación y examen de orina, con resultados normales. La electromiografía y velocidad de conducción nerviosa de miembros inferiores evidenció signos de denervación subaguda en músculos usualmente inervados por las raíces L3, L4 y L5 de manera bilateral.

Se realizó Tomografía Computarizada (TC) de columna lumbosacra (ver Figura 1), que fue informada como compromiso de los cuerpos vertebrales L4 y L5, a descartar espondilodiscitis *versus* proceso neoformativo; el paciente fue evaluado por neurocirugía y oncología, y ambas especialidades sugirieron la realización de biopsia guiada por TC, en la que se evidenció una colección en músculo psoas izquierdo de aproximadamente 20 ml; se aspiró y se obtuvo 17 ml de material serohemático con algunas zonas purulentas, dejando un dren para facilitar la salida de la colección residual. Posteriormente se colocó un tubo de drenaje Hemovac® con presión negativa, con escasa salida de secreción y días después se procedió al retiro del dren y del Hemovac®.

Se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 2 g vía endovenosa (EV) cada 24 horas. El cultivo de la muestra de biopsia aisló

Staphylococcus aureus, por lo que se añadió al tratamiento ciprofloxacino 400 mg vía EV cada 12 horas. El dolor fue controlado con tramadol 50 mg por vía EV cada 8 horas asociado a orfenadrina 60 mg por vía EV cada 8 horas.

Se realizó junta médica porque el paciente mostraba mejoría clínica, pero en estudios de control de TC de columna lumbosacra y de músculo psoas, se evidenciaba que el absceso de psoas se había vuelto a llenar y presentaba un nuevo absceso contralateral (ver Figuras 2 y 3). Se decidió en junta médica realizar la limpieza quirúrgica por urología y traumatología, además de continuar con cobertura antibiótica. Se procedió a desbridar los abscesos de psoas y a realizar limpieza quirúrgica en sala de operaciones. A los 22 días de iniciado el tratamiento antibiótico, se cambió el esquema por ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas y clindamicina 600 mg cada 8 horas, ambos por vía EV. El paciente fue evaluado por traumatología, que sugirió uso de corsé dorsolumbar semirígido. Se le dio de alta y se amplió la duración del tratamiento antibiótico

por 6 meses con clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas y ciprofloxacino 750 mg vía oral cada 12 horas y se realizaron controles por TC de columna lumbosacra mensuales, donde se evidenciaba mejoría progresiva del cuadro.

Evaluable a los doce meses del inicio del tratamiento, el paciente se había reincorporado a su actividad laboral y fue cambiado a una labor de oficina debido a sus limitaciones físicas. Al momento de la evaluación final, el paciente continuaba usando corsé dorsolumbar semirígido que le permitía desenvolverse de manera independiente, quitándose solo para dormir, y presentaba dolor ocasional que controlaba con celecoxib 200 mg vía oral condicional. En la TC de control de columna lumbosacra y de músculo psoas, realizada después de un año (ver Figura 4), se evidenciaba fractura por aplastamiento corporal de L5 con pérdida del espacio articular L4-L5 y signos de fusión vertebral L4 y L5; asimismo, ausencia de signos de inflamación y de absceso residual.



Figura 1. Reconstrucción de tomografía computarizada de columna lumbosacra donde se evidencia espondilodiscitis de cuerpos vertebrales L4 y L5, y destrucción de disco intervertebral.



Figura 2. Tomografía computarizada con contraste de columna lumbosacra. Corte axial donde se evidencia absceso de psoas izquierdo.

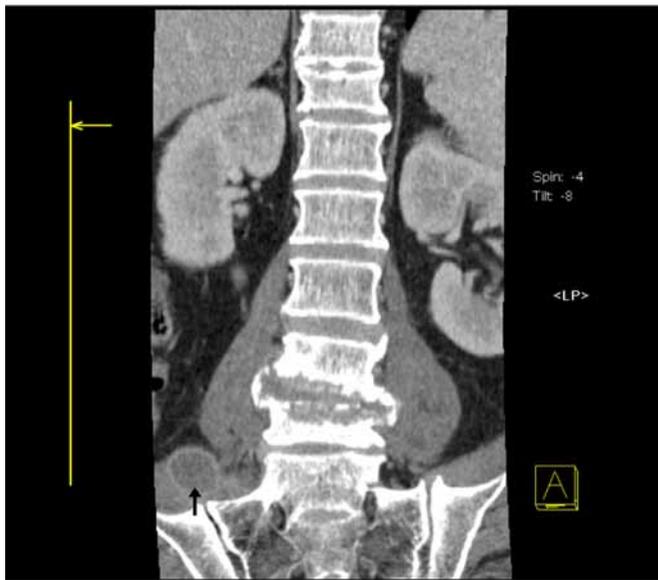


Figura 3. Tomografía computarizada con contraste de columna lumbosacra corte coronal donde se evidencia absceso de psoas derecho.



Figura 4. Reconstrucción de tomografía computarizada de columna lumbosacra donde se evidencia fusión de los cuerpos vertebrales L4 y L5, así como ausencia de inflamación y absceso residual.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis u osteomielitis vertebral, es una patología que compromete los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales por infección⁴, se reportan

tres formas clínicas: a) hematógena, secundaria a infecciones de origen extraespinal; b) posquirúrgica o postraumática, por inoculación directa de las bacterias tras cirugía o traumatismo vertebral; y c) por contigüidad, por extensión a la columna vertebral de procesos infecciosos de tejidos adyacentes⁵; en relación al agente causal, en la mayoría de los casos es de origen bacteriano⁶, similar a nuestro paciente, en que se aisló *Staphylococcus aureus*, aunque se reportan otros gérmenes bacterianos e infecciones crónicas como tuberculosis y brucelosis^{7,8}.

Las características anatómicas de la columna vertebral parecen explicar la patogenia de la enfermedad, debido a que la médula espinal es un tejido muy vascularizado, con gran volumen de flujo sanguíneo pero con vasos tortuosos procedentes de ramas segmentarias de la arteria espinal posterior, que se divide para irrigar dos vértebras adyacentes⁹, el germen alcanzaría siempre dos vértebras contiguas, las que se comprometen, y posteriormente la infección se extendería al disco intervertebral y al espacio paravertebral. En nuestro paciente, la forma de presentación se habría desarrollado de esta manera, ya que se comprometieron los cuerpos vertebrales L4 y L5, el disco intervertebral entre ambos y el músculo psoas vecino.

La mayoría de pacientes con espondilodiscitis vertebral son diagnosticados en forma tardía debido a que los síntomas de presentación son inespecíficos y solo en algunos pacientes se asocia a compromiso general como fiebre y astenia¹⁰, mientras que otros únicamente manifiestan dolor refractario al tratamiento, llegando en algunas series a retrasar el diagnóstico y a generar internaciones prolongadas¹¹.

El caso que presentamos fue tratado inicialmente en un establecimiento de salud de atención primaria, llegando a recibir solo tratamiento sintomático para el dolor, retrasando su diagnóstico hasta la realización de estudios de TC de columna lumbosacra con contraste, donde se evidenció el cuadro, ya que la TC es el examen auxiliar de elección, que permite el diagnóstico tanto de la

espondilodiscitis vertebral como del absceso de psoas con una sensibilidad cercana al 95 %^{12,13}, asimismo, permite drenar el absceso en forma dirigida¹⁴, como fue el caso del paciente en estudio, lo cual aceleró su recuperación.

Nuestro paciente presentó absceso de psoas bilateral, que es una complicación relativamente frecuente de la espondilodiscitis y que dificulta su tratamiento, ya que puede ser necesaria la desbridación de los abscesos, como ocurrió en su caso^{15,16}.

Los pacientes con absceso de psoas suelen mostrar leucocitosis con desviación izquierda, anemia y elevación de la VSG¹², nuestro paciente presentó todos los exámenes auxiliares patológicos sugestivos similares a los reportados en otras series¹⁷, lo que fue confirmado con la biopsia guiada por TC.

Para el tratamiento de los pacientes con espondilodiscitis, es fundamental la correcta elección del antibiótico en base a estudios de cultivo del germen y sensibilidad, tras haber tomado la muestra directamente de la zona comprometida¹¹. En el caso de nuestro paciente, además de hacerse una biopsia dirigida por TC, se realizó la desbridación del absceso, y en ambos casos la muestra fue cultivada y estudiada, aunque algunos estudios sugieren que debido a la bacteriemia generada, debe tratarse el germen aislado por hemocultivo, ya que casi siempre es el mismo agente patógeno que se aislará más adelante al hacer la biopsia y el cultivo con toma de muestra directa⁹.

No existe consenso acerca de la duración del tratamiento antibiótico en la espondilodiscitis bacteriana, ya que los medicamentos tienen escasa penetración en el tejido óseo por la inflamación, isquemia, necrosis y formación de secuestros óseos⁵, algunos autores recomiendan administrar tratamiento antibiótico durante seis a ocho semanas, iniciar con medicación intravenosa y posteriormente pasar a vía oral; mientras que otros sugieren que se continúe con el tratamiento mientras

persistan los signos de infección. En nuestro caso se realizó el tratamiento de mantenimiento por seis meses en base a ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas y clindamicina 600 mg cada 8 horas, una pauta doble recomendada para estos pacientes⁷.

A los seis meses del término del tratamiento antibiótico, nuestro paciente pudo reincorporarse a su vida laboral, aunque en un puesto que no requería la realización de esfuerzos físicos, por el dolor relacionado a estos, y se encontraba usando un corsé dorsolumbar semirígido para deambular, realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente y mejorar su estabilidad, retirándose solo para dormir; usaba analgésicos en forma condicional a dolor, lo que ocurría eventualmente. El último estudio de control por TC de columna lumbosacra (ver Figura 4), mostraba signos de fusión vertebral L4 y L5 con pérdida del espacio intervertebral correspondiente y no se evidenciaban signos de inflamación ni abscesos residuales, por lo que se ha considerado que el tratamiento finalizó con éxito.

Algunos pacientes con espondilodiscitis requieren tratamiento quirúrgico para fijación de los cuerpos vertebrales o tratamiento modelador^{18,19}, lo que no fue necesario en nuestro paciente debido a que se realizó la fusión vertebral de L4 y L5 en forma espontánea, que le permite movilizarse y laborar, aunque con limitaciones.

En conclusión, aunque el lumbago es una patología frecuente y en la mayoría de casos es benigna, hay que tener cuidado en ampliar los exámenes auxiliares complementarios cuando el dolor se hace refractario al tratamiento y hay síntomas asociados para diagnosticar en forma precoz enfermedades como la espondilodiscitis bacteriana y realizar el tratamiento en forma oportuna.

REFERENCIAS

1. Poiraudreau S, Rannou F, Revel M. Lumbalgias communes: minusalías y técnicas de evaluación, incidencia socioeconómica. EMC – Aparato Locomotor. 2004;37:1-6.
2. Humbria-Mendiola A, Carmona L, Ortiz A, Peña-Sagredo J. Tratamiento de la lumbalgia inespecífica: ¿qué nos dice la literatura médica? Rev Esp Reumatol. 2002;29:494-8.
3. Coleman R. Metastatic bone disease: Clinical features, pathophysiology and treatment strategies. Cancer Treat Rev. 2001;27:165-76.
4. McHenry M, Easley K, Locker G. Vertebral osteomyelitis: Long term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. Clin Infect Dis. 2002;34:1342-50.
5. Lew D, Waldvogel F. Osteomyelitis. Lancet. 2004;364:369-79.
6. Torda A, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. Clin Infect Dis. 1995;20:320-8.
7. Pintado-García V. Espondilitis infecciosa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:510-7.
8. Gómez-Rodríguez M, Penellas-Cortés Bellas Y, Ibáñez-Ruán J, González-Pérez M, Sánchez-Lorenzo N. Espondilodiscitis infecciosas en un área sanitaria gallega, 1983-2003. An Med Interna (Madrid). 2004;21:533-9.
9. Lehovsky J. Pyogenic vertebral osteomyelitis/disc infection. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 1999;13:59-75.
10. Krogsgaard M, Wagn P, Bengtsson J. Epidemiology of acute vertebral osteomyelitis in Denmark: 137 cases in Denmark 1978-1982, compared to cases reported to the National Patient Register 1991-1993. Acta Orthop Scand. 1998;69:513-7.
11. Arias S, Pérez C, Bancharo G, Blanco V, Prado I, Tabárez V. Espondilodiscitis bacterianas inespecíficas. Rev Med Uruguay. 2005;21:321-6.
12. Córdoba J, Pigrau C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martínez Vázquez J. Absceso de psoas. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computarizada. Med Clín (Barc). 1992;99:568-70.
13. Paley M, Sidhu P, Evans R, Karani J. Retroperitoneal collections. Clin Radiol. 1997;52:290-4.
14. Merino D, Pérez J, Creagh R, Galvez J, Pujol E. Absceso de psoas como primera manifestación de un adenocarcinoma de sigma. An Med Interna. 2001;18:500-1.
15. Penado S, Espina B, Campo J. Absceso de psoas: descripción de una serie de 23 casos. Enferm Infect Microbiol Clin. 2001;19:257-60.
16. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez J, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1998;16:118-22.
17. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1998;16:19-24.
18. Hadjipavlou A, Mader J, Necessary J, Muffoletto A. Hematogenous pyogenic spinal infections and their surgical management. Spine. 2000;25:1668-79.
19. Dimar J, Carreon L, Glassman S, Campbell M, Hartman M, Johnson J. Treatment of pyogenic vertebral osteomyelitis with anterior debridement and fusion followed by delayed posterior spinal fusion. Spine. 2004;29:326-32.

Ayudas o fuentes de financiamiento: Ninguna

Conflictos de interés: Ninguno

Correspondencia:

David Lira

Servicio de Neurología

Clínica Internacional

Av. Garcilaso de la Vega 1420. Lima, Perú.

Tel: (511) 6196161

Fax: (511) 4319677

E-mail: davidlira@neuroconsultas.com