

## RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:  
(No rellenar)

94

### AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Felipe Villalobos

Nombre: Aida

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

### RESUMEN DE COMUNICACIÓN

**Título:** ESPONDILODISCITIS NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Centro de trabajo:** Unidad de Infectología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Servicio de Ortopedia y Traumatología (1). Servicio de Diagnóstico por la Imagen (2). Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Servicio de Pediatría. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. Barcelona (3).

**Autores:** Felipe Villalobos, Aida; Sanz Marcos, Núria; Ventura Gómez, Norberto (1); Badosa Pagès, Joaquim (2); Castells Vilella, Laura (3); García García, Juan José.

Texto:

## INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica observándose sobre todo en menores de cinco años.

## OBJETIVO

Describir un caso de espondilodiscitis lumbar en un neonato.

## CASO CLÍNICO

Neonato de sexo femenino de 24 días de vida, fruto de segunda gestación de madre sana, gemelar monocorial biamniótica. Parto por cesárea a las 34 semanas de gestación por colestasis materna, con peso adecuado al nacimiento. Screening para *S.agalactiae* en frotis vaginorectal materno desconocido. Inicia cuadro de fiebre de hasta 38°C e irritabilidad, constatándose alteraciones analíticas compatibles con sepsis. Al realizar punción lumbar se aprecia cifosis dorsolumbar. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina y gentamicina endovenoso. Persiste febril con aumento significativo de los reactantes de fase aguda y se informa de positividad en el hemocultivo para *S.aureus*. De acuerdo con el antibiograma se modifica la pauta antibiótica a cloxacilina y gentamicina presentando buena respuesta. Se realiza gammagrafía ósea que no muestra afectación osteoarticular y se completan 21 días de tratamiento. Se realiza resonancia magnética nuclear de columna vertebral a los 45 días de vida que muestra posible vértebra D12 en mariposa y retrolistesis D11 con discreta compresión de cordón medular. Con sospecha de malformación vertebral congénita se remite a domicilio con posterior seguimiento por ortopedia.

A las 24 horas del alta reaparece fiebre. En la exploración física se objetiva importante protusión en región dorsal baja con angulación vertebral. Se decide nuevo ingreso con tratamiento antibiótico con cobertura de gérmenes gram positivos. En una nueva resonancia magnética se objetiva aplastamiento vertebral L1 con protusión posterior, cifosis y cambios circundantes que sugieren espondilodiscitis con colección flemonosa que abarca de D11 a L1-L2, sin presentar, en cambio, ningún hallazgo patológico en la nueva gammagrafía ósea. Se completan dos semanas de tratamiento antibiótico endovenoso y se coloca corsé dorsolumbar, realizándose seis semanas más de tratamiento antibiótico oral con cefadroxilo.

## DISCUSIÓN

La espondilodiscitis infecciosa en el periodo neonatal es una entidad extremadamente infrecuente. En la literatura no hemos encontrado ningún caso descrito. En el periodo neonatal la exploración complementaria de elección para el diagnóstico es la resonancia magnética nuclear, y no la gammagrafía ósea, ya que permite evaluar la destrucción ósea y discal y delimitar de forma precisa la existencia de abscesos paravertebrales o raquídeos. En ocasiones resulta difícil diferenciar los hallazgos característicos de la espondilodiscitis de otras patologías como malformaciones vertebrales. El tratamiento conservador puede ser de elección dada la dificultad de la cirugía en el neonato.

Modalidad de presentación preferida:  Oral  Póster