

## REVISIÓN DE LAS DISCITIS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL TERCARIO DURANTE UN PERIODO DE 2 AÑOS.

B del Rey Hurtado de Mendoza; K Altali Alhames; A López López; Roi Piñeiro; MJ Cilleruelo Ortega; M de Ceano-Vivas; M Miralles Molina; MT García Ascaso\*

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

C/Alonso Cano nº61, 2ºizquierda. 28003, Madrid.

Tlf 605373398. [beadelrey@hotmail.com](mailto:beadelrey@hotmail.com)

### *Antecedentes y/o Objetivos.*

El término discitis hace referencia a la inflamación del disco intervertebral, con o sin afectación de las vértebras adyacentes. Es una patología poco frecuente con una presentación clínica inespecífica. Esto determina un retraso del diagnóstico desde el inicio de los síntomas, con frecuentes diagnósticos previos erróneos. Su etiología no está claramente establecida, siendo la hipótesis infecciosa la más aceptada.

Las determinaciones de laboratorio suelen ser inespecíficas, con discretos aumentos de reactantes de fase aguda y cultivos de escasa rentabilidad. Las pruebas de imagen son imprescindibles para establecer un diagnóstico definitivo, siendo el "gold standard" la RMN. Para su tratamiento se emplea antibioterapia dirigida fundamentalmente frente a *Staphiloccocus Aureus*. La evolución es favorable en la mayoría de los casos.

El objetivo de nuestro estudio fue describir los casos de discitis atendidos en un Servicio de Pediatría de un Hospital de Tercer Nivel.

### *Método.*

Estudio descriptivo de los casos de discitis ingresados en nuestro servicio entre Noviembre 2009 y Octubre 2011.

### *Resultados.*

Se diagnosticaron un total de 5 casos. La edad media de presentación fue de 14,8 meses (rango 8 meses y 2 años). Todos los pacientes habían consultado previamente en varias ocasiones, siendo los motivos principales cojera o dolor abdominal. El retraso medio del diagnóstico fue de 15,2 días (rango 6-30 días). Los principales síntomas fueron irritabilidad y rechazo a la sedestación. Ninguno presentó fiebre objetivada. Las pruebas de laboratorio realizadas resultaron inespecíficas, salvo la velocidad de sedimentación, aumentada en todos los casos. Aunque el diagnóstico definitivo se realizó por RMN, en 3 de los 5 pacientes la radiografía de columna sugirió el diagnóstico. Todos ellos recibieron antibioterapia intravenosa inicial durante 2 semanas con cloxacilina y cefotaxima o cefuroxima. Posteriormente completaron tratamiento oral de 4 a 6 semanas con cefixima, con buena evolución en todos los casos. Todos los hemocultivos resultaron negativos.

### *Conclusiones.*

La discitis requiere un alto índice de sospecha clínica. La presencia de irritabilidad asociada a rechazo de la sedestación debe sugerir esta patología. Es más frecuente en menores de 3 años. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos infecciosos como osteomielitis vertebral, artritis séptica de cadera o absceso del psoas; enfermedades traumatológicas o inflamatorias vertebrales y espondilolistesis.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante RMN. El tratamiento antibiótico adecuado condujo a la curación sin secuelas en todos los casos.