

## RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:  
(No rellenar)

68

### AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: RUIZ JIMENEZ

Nombre: MARTA

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

### RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: ESPONDILODISCITIS EN LA INFANCIA

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Autores: M. Ruiz Jiménez, B.Rubio Gribble, E. de la Orden Izquierdo, J.T Ramos Amador, M. Bueno Barriocanal, E. Salcedo Lobato, J.A Blázquez Fernández

**Texto:** INTRODUCCIÓN: La espondilodiscitis es un cuadro relativamente infrecuente en la infancia consistente en la inflamación o infección del disco intervertebral y de las vértebras adyacentes. Es una entidad cuyo diagnóstico precoz suele ser complejo por la inespecificidad de las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio. El objetivo del estudio ha sido describir las características clínicas, las pruebas diagnósticas empleadas, el tratamiento recibido y la evolución de los casos de espondilodiscitis ingresados en nuestro centro.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de los paciente menores de 15 años ingresados en un hospital terciario entre Enero 1993 y Noviembre 2007 con el diagnóstico de espondilodiscitis. El diagnóstico clínico se confirmó en todos los casos con técnicas de imagen: gammagrafía y/o RNM.

**RESULTADOS:** Se identificaron 7 pacientes (6 varones), con una mediana de edad de 18 meses (rango 12-84) siendo 6 menores de 2 años. La clínica inicial fue dolor abdominal en 4 casos (2 con estreñimiento asociado), cojera en 2 pacientes y rechazo a la sedestación y deambulación en 1 niño. Los diagnósticos iniciales fueron sinovitis transitoria de cadera (3) estreñimiento (2), coxalgia inespecífica (1) y abdomen agudo en 1 caso. El tiempo de demora entre el debut clínico y el diagnóstico final fue de 15 días (rango 5-60), siendo la clínica preponderante al ingreso rechazo en sedestación y deambulación en 5 pacientes (2 asociaban dolor abdominal y estreñimiento), cojera en 1 y dolor abdominal-lumbar en otro niño. 6 casos presentaron fiebre en algún momento de la evolución, habitualmente de bajo grado (máx. 38.8°C). No hubo antecedente traumático en ningún caso mientras que 5 niños presentaron infección respiratoria previa al inicio de la sintomatología y 1 paciente una herida en rodilla. Se realizó Rx de columna a todos los pacientes, siendo patológica en 5 (disminución del disco intervertebral afecto e irregularidad de los platillos vertebrales adyacentes); RMN a 5 pacientes, siendo patológica en 4 (en 3 se observó una masa paravertebral); gammagrafía ósea con Tc 99 a 6 pacientes, patológica en todos; y TAC en 1 caso. La localización de la lesión fue lumbar en 4, lumbosacra en 2 y dorsolumbar en 1. Sólo 2 niños (28%) tuvieron PCR > 10 mg/l. En los 3 pacientes en quienes se determinó procalcitonina fue normal (<0.5 µg/l). Sólo 1 hemocultivo resultó positivo aislándose S. aureus. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico iv al inicio, en 6 casos asociación de cefalosporina de 3º generación y cloxacilina. La mediana de duración del antibiótico iv fue de 10 días (rango 7-15). Se continuó con antibiótico oral con una mediana de duración total del tratamiento de 28 días (rango 20-43). La mediana de hospitalización fue de 12 días (rango 7-22). La mediana de tiempo desde inicio tratamiento antibiótico hasta mejoría clínica fue de 4 días (rango 2-4). En ningún caso se evidenciaron secuelas clínicas durante el seguimiento.

**CONCLUSIONES:** Para el diagnóstico de espondilodiscitis se requiere un alto índice de sospecha, debiendo pensar en esta entidad ante un niño con rechazo de la sedestación, de la marcha y de la bipedestación con fiebre baja o febrícula. El dolor abdominal y el estreñimiento, son manifestaciones clínicas frecuentes, que pueden enmascarar y dificultar el diagnóstico, retrasando el inicio del tratamiento. Su incidencia es mayor en niños pequeños (<2 años). Su localización más frecuente es la lumbosacra. La gammagrafía ósea y la RNM tienen alta sensibilidad diagnóstica. El pronóstico de la discitis en la edad pediátrica suele ser excelente. No obstante, su detección precoz es importante, ya que si no se trata adecuadamente puede producir secuelas ortopédicas graves.

**Modalidad de presentación preferida:**  Oral  Póster

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico [ibercongress@ibercongress.net](mailto:ibercongress@ibercongress.net). **Secretaría Técnica.**