

Espondilodiscitis cervical en un lactante

T. Oliveira^a, C. Barbosa^a, E. Neves^b, A. Guimarães^c, C. Sexto^a y R. Cruz^d

Servicios de ^aPediatría y ^bPatología Clínica. Hospital Maria Pia. ^cServicio de Pediatría. Hospital de Ovar. ^dServicio de Neurorradiología. Hospital Geral de Santo António. Portugal.

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 398-401)

La espondilodiscitis de la infancia es una enfermedad rara, que cursa con una gran variedad de síntomas, relacionados con la edad del niño y la localización del proceso inflamatorio.

Los autores presentan el caso clínico de un niño de 9 meses de edad, que fue atendido en el servicio de urgencias por un cuadro de torticolis con 6 semanas de evolución. El diagnóstico de espondilodiscitis cervical (C₆-C₇) fue confirmado por resonancia magnética nuclear. Se instauró terapéutica antibiótica intravenosa, con regresión completa de los síntomas y normalización de las pruebas de imagen.

Los autores destacan la baja frecuencia de dicha enfermedad a esa edad, así como su localización y forma de presentación. Señalan también la importancia diagnóstica, que permite la prevención de lesiones neurológicas permanentes y de deformidades óseas.

Palabras clave:

Espondilodiscitis cervical. Niños.

INFANT CERVICAL SPONDYLITIS

Spondylitis in childhood is rare, presenting a great variety of symptoms that are related to the child's age and to the site of the inflammatory process. We present the case of a nine-month-old infant, who presented to the emergency department with a torticollis of six weeks' evolution. The diagnosis of spondylitis (C₆-C₇) was confirmed by MRI. Intravenous antibiotic therapy was administered. The patient showed complete regression of symptoms and imaging tests were normal. The rarity of this disease in patients in this age group, as well as the site and form of presentation are emphasised as is the importance of diagnosing this disease to prevent permanent neurological injuries or bone deformities.

Key-words:

Cervical spondylitis. Infant.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral¹. La mayoría de los casos aparecen en niños de entre 1 y 5 años de edad (igual que la osteomielitis de los huesos largos), debido a que la vascularización de

la placa terminal cartilaginosa, en la interfase disco-vertebra, involuciona con la edad^{1,2}.

La primera descripción de la enfermedad se realizó en 1925, y posteriormente aparecieron las siguientes denominaciones: discitis, espondiloartritis, espondilitis inespecífica, inflamación del espacio discal, infección del disco intervertebral, osteomielitis benigna de la columna vertebral y osteomielitis vertebral piógena.

La etiología es todavía controvertida, si bien la causa infecciosa se confirma en el 50% de los casos, siendo el microorganismo predominante *Staphylococcus aureus*^{1,2}.

Las principales localizaciones son la columna lumbar L₄-L₅ y L₃-L₄, y en orden decreciente la columna torácica y cervical².

Los autores presentan el caso clínico de un niño de 9 meses de edad, con espondilodiscitis cervical (C₆-C₇), conjuntamente con una breve revisión teórica de la enfermedad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 9 meses de edad, sexo femenino, observado en el servicio de urgencias por un cuadro de torticolis con 6 semanas de evolución. Los antecedentes personales son irrelevantes. De la historia familiar se destaca la existencia de un primo en primer grado con neuroblastoma.

Seis semanas antes del ingreso, el niño despertó con dificultad para la movilización del cuello, aparentemente acompañada de dolor e inclinación de la cabeza hacia el lado izquierdo. Estos signos, acompañados de somnolencia y malestar, se mantuvieron durante 3 días, al cabo de los cuales se recuperó espontáneamente y reanudó su actividad habitual.

A la semana siguiente, reapareció el cuadro clínico, que se agravó progresivamente hasta la fecha de ingreso, con resistencia aumentada para los movimientos de flexión, extensión y rotación del cuello.

Durante todo este período, la paciente estuvo apirética y no se constató disminución del apetito.

En el momento de la admisión, las exploraciones física y neurológica eran normales, exceptuando la posición anómala del cuello anteriormente descrita.

Correspondencia: Dr. T. Oliveira. Hospital de Crianças Maria Pia. Serviço de Pediatría. Boavista, 827. 4050 Porto. Portugal.

Recibido en septiembre de 1999.

Aceptado para su publicación en enero de 2000.

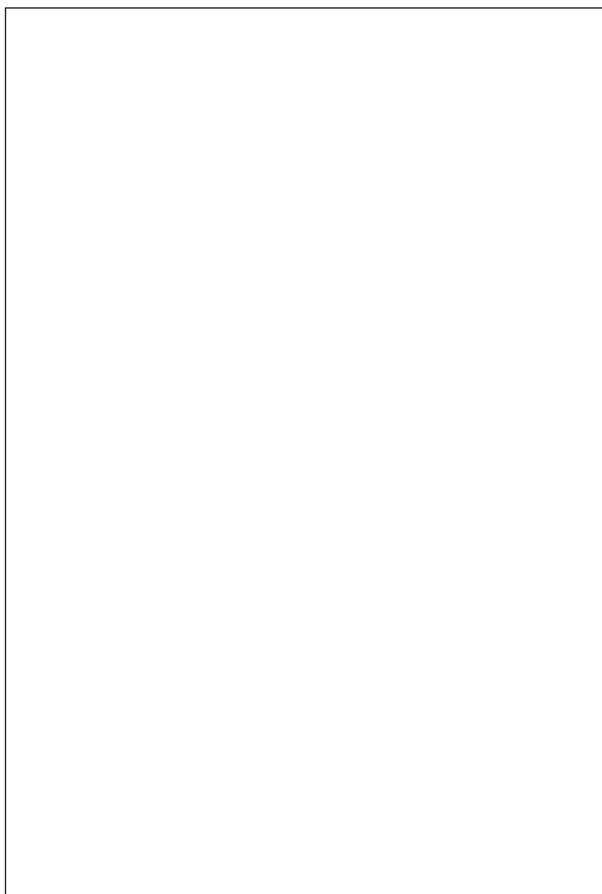


Figura 1. Resonancia magnética cervical. Cortes sagitales, ponderación T2. Gran disminución de la altura del disco intervertebral C₆-C₇ con hiperintensidad de los cuerpos vertebrales adyacentes por componente inflamatorio. Espesamiento e hiperintensidad de los tejidos blandos prevertebrales (huso prevertebral). Ausencia de extensión intrarraquídea.

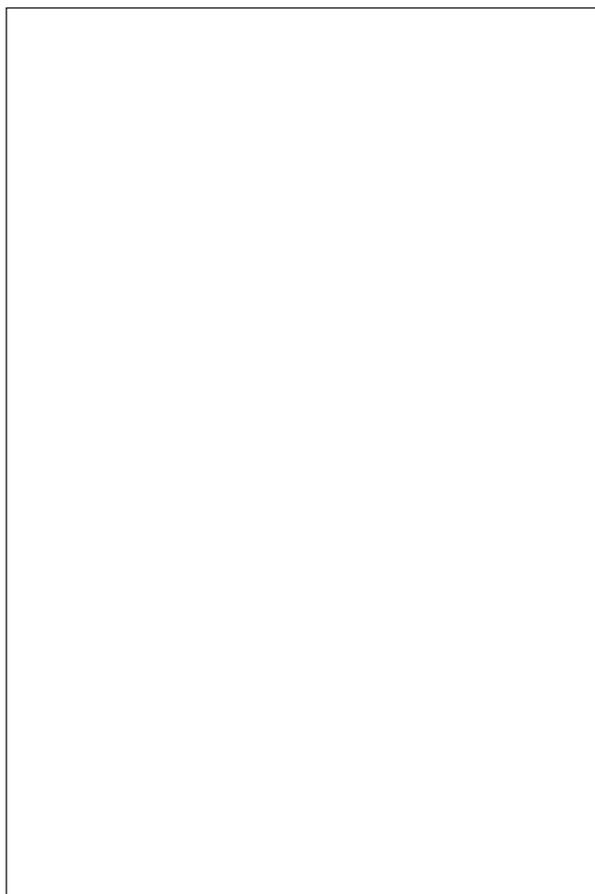


Figura 2. Resonancia magnética cervical, 4 meses después del tratamiento. Cortes sagitales, ponderación T2. Mejor diferenciación del disco intervertebral C₆-C₇, disminución de la intensidad de los cuerpos vertebrales adyacentes -hipointensidad- y desaparición de la imagen del huso prevertebral, por resolución del componente inflamatorio.

Las primeras hipótesis de diagnóstico fueron absceso parafaríngeo o tumor de fosa posterior.

Los exámenes complementarios de diagnóstico efectuados en el servicio de urgencias ofrecieron los siguientes resultados: hemoglobina, 12,1 g/dl; leucocitos, $13 \times 10^{12}/l$ (neutrófilos, 26%; linfocitos, 53%; basófilos, 15%; monocitos, 10%; eosinófilos, 7%); velocidad de sedimentación, 28 mm en la primera hora; creatinina, 0,48 mg/dl; urea, 13,8 mg/dl; glucosa, 91,8 mg/dl; calcio, 2,6 mmol/l; fósforo, 1,9 mmol/l; sodio, 2,6 mmol/l; potasio, 5,1 mmol/l. El hemocultivo y urocultivo fueron negativos. La determinación de ácido homovanílico y vanilmandélico en orina fue negativa. Tanto la radiografía cervical como la tomografía axial computarizada (TAC) fueron normales. En la resonancia magnética (RM) cervical se observaban lesiones de espondilodiscitis en C₆-C₇ (fig. 1).

A partir de estos resultados, y excluidas las hipótesis iniciales, se investigaron otras opciones diagnósticas:

monoartritis infecciosa de etiología viral o bacteriana, o artritis inflamatoria secundaria a enfermedad del tejido conjuntivo. Por este motivo se llevaron a cabo otros exámenes, cuyos resultados se exponen a continuación: determinación de inmunoglobulinas y complemento, normal; ASLO < 200 UI/ml; PCR, 1,5 mg/dl; ANA, negativo; RA test < 30 UI/ml; reacciones de Widal y Wright, negativas; reacción de Weil-Felix, OX2- 1/320; OX19- negativo; OXK- 1/320; serologías para sífilis (VDRL, TPHA), hepatitis A, B y C, negativas; test para mononucleosis, negativo; líquido cefalorraquídeo, claro, normotenso, con células, glucosa y proteínas normales; cultivo, estéril y VDRL, negativo; prueba de Mantoux, negativa; radiografía pulmonar, normal.

Se inició tratamiento con doxiciclina, y la paciente fue orientada para la consulta externa. Al séptimo día de establecer la terapéutica, surge un cuadro de gastroenteritis aguda, que motivó el reingreso de la paciente y la interrupción del tratamiento.

El caso clínico fue de nuevo discutido conjuntamente con el servicio de inmunología y, al contrario de lo que inicialmente se había interpretado, la reacción de Weil-Felix fue considerada normal, permaneciendo dichos valores inalterados al cabo de 15 días.

Se instauró terapéutica con flucloxacilina por vía intravenosa durante 3 semanas, seguida de tratamiento oral durante 2 semanas. La evolución clínica fue favorable, con remisión completa de los síntomas al cabo de una semana de tratamiento.

A los 5 meses se repitió la RM, que mostró imágenes compatibles con secuelas de espondilodiscitis (fig. 2).

Actualmente, 5 años después, el examen clínico y neurológico de la paciente es normal, y presenta un desarrollo psicomotor adecuado para su edad.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis de la infancia es una enfermedad rara si bien su incidencia es desconocida¹. Generalmente, se presenta como un cuadro insidioso, y puede cursar con una gran variedad de síntomas relacionados con la edad del niño. Según esto, se pueden distinguir 3 formas de presentación clínica:

- Dificultad en la marcha, con claudicación o incluso rechazo por parte del niño para caminar o sentarse (más frecuente en niños de entre 2 y 3 años).
- Dolor abdominal (más frecuente en niños de entre 3 y 8 años).
- Lumbalgia (más habitual en niños mayores de 7 años).

En niños menores de 2 años, esta enfermedad tiene un cuadro clínico menos característico, y puede manifestarse por irritabilidad o disminución de la actividad motora, como en nuestro caso. La fiebre no es constante y, cuando aparece, no supera los 38 °C.

La principal característica radiológica de esta enfermedad es la disminución del espacio discal, que aparece en una fase tardía de la enfermedad, lo que justifica que en nuestro caso clínico la radiografía de la columna cervical fuera normal.

La RM es la técnica de imagen con mayor sensibilidad y especificidad (89-100%) para evaluar lesiones inflamatorias vertebrales³. En nuestro caso, nos permitió establecer el diagnóstico.

La etiología de la espondilodiscitis de la infancia todavía se desconoce. Sin embargo, mediante la realización de hemocultivos o biopsia percutánea, es posible identificar una causa infecciosa, siendo el agente patógeno más frecuente el *S. aureus*². La identificación del agente tan sólo es posible en aproximadamente el 50% de los casos y, por otra parte, la biopsia cutánea no está exenta de riesgos, por lo que en el caso descrito simplemente se efectuó hemocultivo, cuyo resultado fue negativo.

En el estudio serológico realizado, la reacción de Weil-Felix inicialmente fue interpretada como positiva⁴, razón por la que se inició el tratamiento con doxiciclina. Al cabo de 2 semanas, estos títulos permanecían inalterados, lo que permitió excluir una infección aguda. Esto, asociado a un deterioro clínico del paciente, hizo que se reconsiderase la terapéutica instituida.

Se decidió, por consiguiente, iniciar un tratamiento empírico dirigido contra *S. aureus*. La administración se realizó por vía intravenosa durante un corto período de tiempo (5-7 días) y, coincidiendo con la mejoría clínica de la paciente, se continuó el tratamiento vía oral hasta completar entre 4 y 6 semanas⁵⁻⁷. La antibioterapia temprana permite evitar complicaciones, como la osteomielitis vertebral.

El diagnóstico diferencial de la espondilodiscitis incluye todas las enfermedades cuyos síntomas guardan relación con la columna vertebral. Las manifestaciones clínicas de cada una, junto con las alteraciones apreciadas en las técnicas de imagen, permiten el diagnóstico definitivo.

En nuestro país, debido a sus características epidemiológicas, es importante excluir la tuberculosis ósea y la brucelosis como posibles causas.

La espondilodiscitis, generalmente, tiene una evolución favorable^{7,8}, como hemos podido constatar en nuestro caso. Sin embargo, en la bibliografía se recogen algunas complicaciones, como absceso retrofaríngeo, absceso paravertebral con necesidad de intervención quirúrgica, absceso de la fosa ilíaca, absceso del psoas, cifosis, escoliosis y recidiva del cuadro clínico⁹⁻¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Narasimban N, Marks M. Osteomyelitis and septic arthritis. En: Nelson textbook of pediatrics. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1996; 724-733.
2. Costa M, Mineiro J. Espondilodiscite na infância. Acta Pediatr Port 1997; 28: 331-336.
3. Aliabadi P, Nikponn N. Imaging osteomyelitis. Arthr Rheum 1994; 37: 617-622.
4. Feigin RD, Smider RL, Edwards MS. Rickettsial diseases. En: Feigin RD, Cherry JD, editores. Textbook of pediatric infectious diseases. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1992; 1847-1865.
5. Wenger DR, Davids JR., Ring D. Discitis and osteomyelitis. En: Weinstein S.L., editor. The pediatric spine: principles and practice. Nueva York: Raven Press, Ltd., 1994; 813-835.
6. Cushing AH. Diskitis in children. Clin Infect Disease 1993; 17: 1-6.
7. Ring D, Johnston II CE, Wenger DR. Pyogenic infections spondylitis in children. The convergence of discitis and vertebral osteomyelitis. J Pediatr Orthop 1995; 15: 652-660.
8. Scoles PV, Quin TP. Intervertebral discitis in children and adolescents. Clin Orthop 1982; 162: 31-36.
9. Crawford AH, Kucharzyk DW, Smitherman RR. Diskitis in children. Clin Orthop 1991; 266: 70-79.
10. Wenger DR., Bobechko WP, Gilday DL. The spectrum of intervertebral disc-space infection in children. J Bone Joint Surg (Am) 1978; 60-A: 100-108.
11. Smith RF, Taylor TK. Inflammatory lesions of intervertebral discs in children. J Bone Joint Surg (Am) 1967; 49-A: 1508-1520
12. Spiegel PG, Kengla KW, Isaacson AS, Wilson JC Jr. Intervertebral disc-space inflammation in children. J Bone (Am) 1972; 54-A: 284-296.