

ESPONDILODISCITIS EN NIÑA CON DOLOR ABDOMINAL

*M. Rubio, A. Abenza, Y. Alvarez; J. García, M. Ruiz,
M. Gutierrez, C. Mora, E. Sanchez, C. Gonzalez*
Hospital General Universitario de Elda

INTRODUCCIÓN

La discitis o espondilodiscitis es una patología poco frecuente en pediatría. Su presentación clínica varía en función de la edad. Representa alrededor del 2 % de todas las infecciones osteoarticulares en la edad pediátrica. Tiene un pico de máxima incidencia en niños menores de cinco años y otro menos acentuado en la adolescencia. Su etiología es variada, infecciosa, inflamatoria o traumática. *S. aureus* y *Kingella kingae* son los patógenos más relacionados con mayor frecuencia. El área más comúnmente afectada es la región comprendida por L5-S1, seguida de L4-L5.

CASO CLÍNICO

A la exploración física destaca rechazo de la marcha y de la bipedestación que previamente la realizaba sin dificultad. Utiliza el gateo para desplazarse. Llanto intenso al pasar de decúbito supino a sedestación adoptando posición antiálgica en trípode. No apofisalgia ni dolor sacro. Sacroilíacas no dolorosas. Caderas sin dolor ni limitación. Resto de articulaciones normales.

Se solicita estudio analítico, extracción de hemocultivo y realización de pruebas de imagen (RX de columna y sacroilíacas y RMN).

En la analítica no se evidencia elevación de reactantes de fase aguda ni elevación de VSG. En la radiografía de columna vertebral no se observan alteraciones patológicas.

Ante alta sospecha de espondilodiscitis se inicia antibioterapia intravenosa con cefuroxima intravenosa, se pauta antiinflamatorios, analgesia y reposo.

El sexto día de ingreso se realiza RMN que confirma la sospecha clínica de espondilodiscitis a la altura de L1-L2. Resultado de hemocultivo negativo.

A los tres días de tratamiento con antibioterapia iv la paciente presenta mejoría de la clínica iniciando sedestación y bipedestación voluntaria. A los diez días de ingreso es dada de alta, pautándose completar tratamiento en domicilio con antibioterapia oral.

Se realiza seguimiento en consultas externas. Se ha RMN de control en la que se objetiva mínima persistencia de cambios inflamatorios-infecciosos a nivel de L1-L2, mucho menos marcado que en estudio previo. Clínicamente la paciente está asintomática.



CONCLUSIÓN

En conclusión, la espondilodiscitis se debe sospechar ante un niño con rechazo de la bipedestación, de la marcha o de la sedestación. Ante estos datos es importante realizar una radiografía de columna y buscar una disminución de algún espacio intervertebral. La prueba de imagen gold standard para confirmar el diagnóstico es la RM.

Algunos estudios evidencian en un importante porcentaje de cuadros de dolor abdominal pueden estar causados por una espondilodiscitis. Estos hallazgos dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio del tratamiento. Aún así y siendo una patología poco común, nuestro reto es tenerla en cuenta entre los diagnósticos diferenciales con el objetivo de realizar diagnóstico y tratamiento oportunos.