

ESPONDILODISCITIS VS SECUELAS DE FRACTURA VERTEBRAL NO DIAGNOSTICADA: UN RETO DIAGNÓSTICO.



ESPERANZA MARÍN GARCÍA-CABRERA, JOSE ISAAC LOSADA VIÑAS, CRISTINA WERT MARTIN, VICTORIA SEBASTIÁN PÉREZ, ELSA ARRUTI PEREZ

OBJETIVOS

Presentar un caso complejo de cifosis dorsal secundaria a fractura vertebral inestable no diagnosticada en una mujer de 60 años.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente con dorsalgia invalidante de varios meses de evolución que, ante la elevación en sangre de reactantes de fase aguda con consecuente sospecha de espondilodiscitis, se ingresa inicialmente en medicina interna para estudio y tratamiento antibiótico prolongado. En los meses posteriores, la paciente persiste con dorsalgia, pero sin clínica ni pruebas complementarias (análisis, cultivos, biopsia) sugestivas de infección.

Al examen físico presenta disbalance sagital con hipercifosis torácica alta, apofisalgias dorsales y fuerza y sensibilidad conservadas sin otros signos de alarma.



RESULTADOS

Se realiza biopsia percutánea de vértebra D6 en la que se obtienen fragmentos de hueso sin evidencia de malignidad, con necrosis y fibrosis sin signos de especificidad. Gram, cultivo aerobio, hongos y micobacterias negativos.

En las pruebas de imagen (TC, RM y radiografías) se aprecia una columna anquilopoyética con cifosis dorsal secundaria a marcada osteonecrosis del segmento D5-D7, observándose progresión en estudios sucesivos. Destrucción prácticamente total del cuerpo vertebral D6 con fractura del arco posterior que condiciona evidente inestabilidad. Relativa preservación de discos intervertebrales, sin cambios inflamatorios perivertebrales ni signos de mielopatía.

Se concluye que se trata con mayor probabilidad de secuelas de una antigua fractura de Chance y se realiza artrodesis posterolateral T3-L2 mediante tornillos cementados proximales y distales, colocación de dos barras (cromo-cobalto y titanio) en cada lado para aumentar estabilidad y uso de aloinjerto de banco de huesos. No se observan déficits al despertar ni durante el postoperatorio.

Se consigue corrección parcial de la cifosis con mejoría del disbalance sagital. La paciente presenta mejoría del dolor dorsolumbar en los meses posteriores y logra deambulación progresiva con buen patrón de marcha.

CONCLUSIÓN

La principal dificultad de este caso radicó en realizar un buen diagnóstico diferencial entre espondilodiscitis y fractura vertebral inestable como etiología de la patología de la paciente. Es importante hacer hincapié en que fue el conjunto de la evolución analítica y clínica, los cultivos negativos y las múltiples pruebas de imagen sucesivas sugestivas de fractura previa lo que permitió orientar correctamente el diagnóstico.

