



DISCITIS SÉPTICA COMO COMPLICACIÓN DE SINUS PILONIDAL FISTULIZADO

Rafael Guisado Barrilao

Catedrático del Departamento de Enfermería.
Univ. de Granada.

Cirujano general y digestivo. Hospital Universitario. Granada

Ángel López González

Profesor Asociado E. U. de Enfermería de Albacete

Universidad de Castilla-La Mancha

Bernabé Esteban Moreno

Profesor Asociado del Dpto. de Enfermería.
Univ. de Granada.

D.U.E. y Fisioterapeuta.

Manuel Arroyo Morales

Profesor Asociado del Dpto. de Enfermería.
Univ. de Granada.

Fisioterapeuta

Yolanda Carmona Barrilao

D.U.E. Hospital Universitario. Granada.

Isabel María Requena Baños

Auxiliar técnica de laboratorio. Hospital Universitario. Granada

Granada, 23 - 11- 99

Rafael Guisado Barrilao

Departamento de Enfermería y Fisioterapia.
Univ. de Granada.

Avenida de Madrid, s/n 18071 - GRANADA

RESUMEN

Dentro del amplio y ambiguo campo de las radiculalgias y lumbalgias, abordamos en este caso un ejemplo de afección infrecuente, rara y de evolución, a veces, aleatoria. Se trata de la invasión microbiana del disco intervertebral, la discitis séptica.

Si bien se trata de una enfermedad benigna en cuanto al pronóstico, sus resultados clínico-terapéuticos son aleatorios, teniendo un índice de recidivas digno de tener en cuenta. Mientras que la existencia de un foco séptico claro ayuda enormemente a su resolución, un mecanismo causal postquirúrgico o traumático, es a menudo difícil de resolver.

Presentamos este caso clínico por su rareza relativa y su problemática frecuente de resolución rápida y definitiva.

PALABRAS CLAVE:

Discitis Séptica

Sinus Pilonidal

SEPTIC DISCITIS AS A COMPLICATION OF FISTULIZED PILONIDAL SINUS

Summary

Within the wide and ambiguous field of radiculalgias and lumbago, an example of an unusual and rare medical condition, which sometimes develops in a random manner, is dealt with this time. We are referring to the microbial invasion of the intervertebral disk, the septic discitis.

Even though this is a benign disease as for the prognosis is concerned, its clinical and therapeutic outcomes are fortuitous, having a relapse rate worth taking into account. While the existence of a clear septic focus is extremely helpful for its solution, if a traumatic or post-surgical mechanism is to be the cause, this is often difficult to solve.

This clinical case is benign shown due to both its relative rareness and frequent problems, having a definitive and quick solution.

Key word: septic discitis; pilonidal sinus.

INTRODUCCIÓN

La discitis séptica es una afección poco frecuente en la que se produce una infección del disco intervertebral, sin que se afecte en absoluto el tejido óseo de las vértebras (1). El motivo suele ser la llegada a la intimidad discal de gérmenes procedentes de un foco séptico por vía hematogena (endocarditis, infección urinaria, tuberculosis, etc.) (2, 3) o bien por causa quirúrgica o postraumática (inoculación directa).

JUSTIFICACIÓN

Tratándose de una enfermedad benigna en cuanto al pronóstico, es una patología que origina grandes molestias al paciente y situaciones patológicas inveteradas, influyendo además en la relación con las personas que le rodean; esta situación mantenida a lo largo del tiempo hace del paciente un frecuentador de las consultas tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 48 años, con antecedentes clínicos poco reseñables, a excepción de presentar desde hacía unos 20 años, episodios frecuentes de abscesos y supuraciones en región sacrocoxígea, drenados tanto espontáneamente como de forma quirúrgica, y que nunca había accedido a ser intervenida.

Aunque en alguna otra ocasión había tenido algún cuadro clínico parecido al que presentaba el día de la consulta, con malestar general, fiebre alta y evidencia de proceso séptico, en esta ocasión era todo de mayor intensidad clínica. Tanto las pruebas diagnósticas analíticas como radiológicas (Rx de tórax, sangre y orina con sedimento), mostraron sólo una desviación moderada hacia la izquierda de la fórmula leucocitaria y discreto aumento de la VSG. En días posteriores, apareció un absceso sacrocoxígeo que tuvo que ser drenado quirúrgicamente, con lo que el cuadro general descrito remitió, persistiendo varios orificios fistulosos en la zona intervenida. Durante el intervalo que transcurrió hasta el drenaje del absceso, fue tratada con antibióticos de amplio espectro, antitérmicos y analgésicos. Era evidente la presencia de un sinus pilonidal fistulizado de larga evolución.

Mientras se realizaban los preparativos para la intervención definitiva de extirpación de su proceso quístico-fistuloso, apareció una radiculalgia y lumbalgia aguda y progresiva, cada vez mas intensa y que se acompañó de trastornos sensitivos parestésicos en ambos miembros inferiores, con la consiguiente dificultad para la deambulación. Fue remitido el caso con un parte de interconsulta al servicio de neurología para un estudio mas específico y preciso.

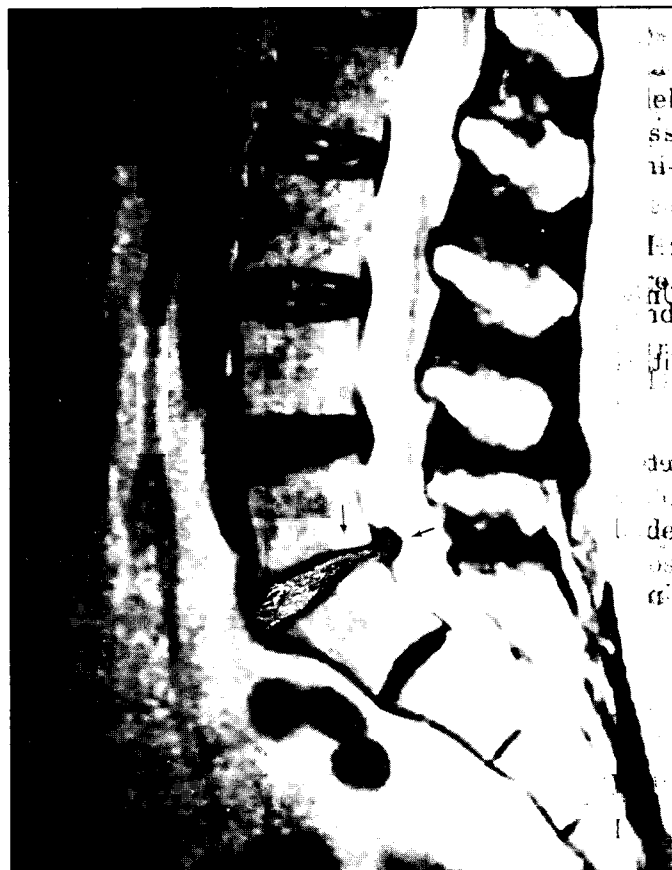


Figura 1: Disco infectado y protusión discal canalicular.

La radiología simple no mostró nada reseñable, pero tanto la Tomografía Axial Computerizada (TAC), como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) mostraron un proceso inflamatorio del disco entre L-5 y S-1, así como una protusión discal canalicular moderada (Figura 1). Posteriormente y mediante punción con anestesia general, se extrajo un pequeño fragmento discal que mostró la naturaleza séptica del proceso, aislándose en dicho tejido discal *Escherichia Coli* y *Estafilococo Aureus*. Se le instauró tratamiento neurológico y neuroquirúrgico con inmovilización mediante corsé, antibióticos previo cultivo y antibiograma, antineuríticos y analgésicos.

Aproximadamente a los tres meses de esta circunstancia, estaba recuperada e intervenida de su proceso pilonidal, habiéndosele realizado extirpación en bloque, puesta a plano y granulación progresiva del defecto quirúrgico provocado. Las revisiones pos-



teriores en consulta, no han mostrado sintomatología neurológica importante, salvo alguna molestia leve a los movimientos de la zona lumbosacra, achacables a la protusión discal que se evidenció en el estudio ya comentado. Ha habido también una reproducción fistulosa subcutánea, que se ha resuelto de forma quirúrgica ambulatoria.

DISCUSIÓN

Este raro caso implica la afectación sólo y exclusivamente del disco intervertebral y no de las vértebras adyacentes, ya que cuando ambas estructuras se afectan, aparece la espondilodiscitis (5), si bien el tratamiento no difiere en gran medida de una a otra.

El disco intervertebral con su precaria vascularización, es un terreno propicio para que gérmenes lo colonicen, bien de forma directa (traumática o quirúrgica) o por vía hemática desde un foco séptico como ha sido en este caso, o desde una fistula perianal (6) o desde otros (tuberculosis, endocarditis, vías urinarias, etc.).

La escasa edad y las circunstancias que provocan disminución de las defensas orgánicas (diabetes, inmunosupresores, VIH, etc.), favorecen la aparición del proceso, dado que el joven tiene mayor vascularización discal y por tanto más posibilidades de colonización bacteriana del mismo. En nuestro caso clínico, creemos sin duda, que ha sido el largo tiempo de evolución de su proceso séptico sacrocoxígeo, y no la edad ni otra circunstancia, quien ha provocado la enfermedad.

Mientras que pensamos en la posibilidad de esta afección, el paciente suele ser tratado por su médico de atención primaria o por el neurólogo de un cuadro de lumbalgia inespecífica, postural, biomecánica o traumática si ha habido antecedente de esta naturaleza.

Una buena exploración general, con anamnesis exhaustiva, exploración neurológica, así como análisis hematológico y bioquímico, y sobre todo con TAC

y/o RMN, suele ser suficiente y lo idóneo para el diagnóstico definitivo de certeza. A veces, después de otras exploraciones diagnósticas puede aparecer una discitis, como la colonoscopia (7), reparación de prolapsos genitales (8), etc. Otras veces, de forma excepcional los síntomas son atípicos, pues una espondilodiscitis lumbar puede presentarse como abdomen agudo, y una dorsal en forma de dolor torácico. Cuando hay un absceso del psoas, puede simular una coxartrosis (5).

En contadas ocasiones aparece, ante la negatividad de presencia de gérmenes, un proceso calcificante del núcleo del disco (nucleopatía calcificante), con un desarrollo clínico agudo en un contexto pseudoinfeccioso (9).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- SMITH, A.S.; BLASSER, S.I.: Infections and inflammatory processes of the spine. *Radiol Clin North Am* 1991;29:809-827.
- 2.- NOLLA, J. M.; ROZADILLA, A.; MATEO, L.: Espondilitis piógenas. *Rev Es Reumatol* 1989;16:101-107.
- 3.- PERRONNE, C.; SABA, J.; BEHLO, Z.; SALMÓN-CERÓN, D.: Pyogenic and tuberculous spondylodiskitis (vertebral osteomyelitis) in 80 adults patients. *Clin Infect Dis* 1994;19:746-750.
- 4.- MEYS, E.; DEPREZ, X.; HAUTEFEUILLE, P. H.; FLIPO, R. M.: Places des spondylodiscites iatrogènes parmi les spondylodiscitis a germs banals. *Rev Rheumatisme* 1991;58:839-846.
- 5.- NOLLA, J. M.; FITER, J.; GÓMEZ VAQUERO, C.: Espondilitis infecciosas. Diagnóstico y manejo. *Jano* 1999;56:50-57.
- 6.- COPRELL PLANELLES, R.; CALDERÓN AMIGO, R.; NAVARRO ROLDÁN, J.; TODOLÍ TOMÁS, G.: Discitis séptica. Una rara complicación de absceso perianal. *Cir Esp* 1998;63:239-240.
- 7.- MARLIER, S. D.; BOLLA, G.; DISDIER, P.: Spondylodiscitis: an unusual complication of colonoscopy. *Press Med* 1993;22:1370-1378.
- 8.- CAILLEUX, N.; DARAGON, A.; DESHAYES, P.: Spondylodiscitis infectieuses après dure de prolapsus génital. *J Ginecol Obstet Reprod* 1991;20:1074-1078.
- 9.- BITAR, S.; BREVILLE, Ph Du Lac de FUGURE; WALTZING, P.: Nucleopathie calcifiante. *Rev Rhum Mal Ostéartic* 1993;60:849-850.