

## OBJETIVOS

Las espondilodiscitis, o infecciones del disco vertebral supone un 2% de todas las osteomielitis y su origen más frecuente es una diseminación hematogena procedente de un foco infeccioso secundario. El microorganismo más frecuentemente aislado es *S. aureus* y generalmente afecta a la zona lumbar. La afectación multinivel es poco frecuente y suele deberse a bacterias granulomatosas como *M. Tuberculosis*. El diagnóstico definitivo se consigue a través de dos criterios mayores: rasgos característicos en técnicas de imagen y la detección del microorganismo en sangre o en el disco afecto. Un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para su correcta resolución.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 89 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II que acude a urgencias por un cuadro de astenia, malestar general y dorsalgia de 2 semanas de evolución. El paciente había sido dado de alta hacía 1 mes por una bacteriemia con foco renal causada por *S. aureus*. Presenta dolor a nivel de T12 con fuerza y sensibilidad en MMII conservada. Se realiza un TC dorsal donde se evidencia una marcada desestructuración de T12 con engrosamiento de partes blandas perivertebrales. Ante el diagnóstico diferencial entre lesión metastásica y espondilodiscitis, se realiza una RMN que informa de edemas óseos con afectación de los discos intervertebrales a nivel de C6, C7, T6, T7, T10, T11, T12, L3 y L4, susceptible de espondilodiscitis multinivel, sin presencia de abscesos ni compresión medular. Se realiza biopsia en la que no se evidencian lesiones malignas y en el cultivo de la misma se aísla *S. aureus* y *K. pneumoniae*.

## RESULTADOS

Se pautó ertapenem y tedizolid iv y posteriormente 6 meses de cotrimoxazol y ciprofloxacino. Ante correcta evolución, se decide no realizar tratamiento quirúrgico permitiéndose la deambulación con corsé Starbrace dorsolumbar.

## CONCLUSIONES

Las espondilodiscitis multinivel son poco frecuentes, pero pueden estar causadas por bacterias típicas y deben sospecharse en pacientes inmunocomprometidos con clínica compatible insidiosa y con antecedentes infecciosos recientes con mala evolución. En estos casos una RMN cervico-dorsolumbar debería indicarse, así como cultivos en medios específicos para hongos y bacterias granulomatosas. El tratamiento antibiótico precoz unido a un tratamiento quirúrgico si precisa es clave para su resolución.

