

Espondilodiscitis infecciosa

Sr. Director: La espondilodiscitis infecciosa (EI) es una afección cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido a una mayor expectativa de vida de pacientes con enfermedades crónicas que suponen condiciones para cierto grado de inmunodeficiencia, incluidas las afecciones reumatológicas. Previamente a la era antibiótica representaban entidades de alta mortalidad, que actualmente es rara. No obstante, hay algunos pacientes con EI en los que se debe evaluar la coexistencia de endocarditis infecciosa.

El motivo de esta carta es describir 2 casos clínicos de EI acontecidos en nuestro hospital y revisamos aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos sobre el manejo de esta enfermedad.

Nuestro primer caso se trata de un varón de 58 años con artritis reumatoide e infección por el virus de la hepatitis C que inició clínica de dolor lumbar de 2 meses de evolución y soplo sistólico III/VI en foco aórtico a la auscultación. La analítica mostró reactantes de fase aguda elevados. La radiografía de columna reveló sólo una listesis L4-L5. La resonancia magnética (RM) puso de manifiesto lesiones compatibles con espondilodiscitis L4-L5 sin afectación de partes blandas. Se realizó una ecocardiografía que objetivó insuficiencia aórtica severa con vegetaciones en la válvula aórtica, por lo que se procedió a sustitución valvular quirúrgica. La prueba de Mantoux y la serología de *Brucella* fueron negativas, así como los cultivos de la válvula extirpada y del material extraído de la región discítica mediante punción guiada por tomografía computarizada (TC). Se estableció el diagnóstico de espondilitis infecciosa asociada a endocarditis por germen no filiado y se inició tratamiento con vancomicina y ceftriaxona durante 8 semanas, con mejoría clínica progresiva. Nuestro segundo caso fue una mujer de 45 años con artritis reumatoide que consultó por dolor lumbar y a la palpación de la región del músculo psoas de 1 mes de evolución. A la auscultación se detectó un soplo sistólico III/VI en foco aórtico, leucocitosis y elevación de la PCR y la VSG, con Mantoux y serología de *Brucella* negativos. La radiografía raquídea fue normal; sin embargo, en la TC se objetivaron erosiones del disco L4-L5 con absceso del psoas derecho. La ecocardiografía y el fondo de ojo fueron normales y los hemocultivos y urinocultivos, negativos. Se realizó drenaje percutáneo del absceso con control ecográfico, y se evacuó líquido purulento positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y quinolonas. Se administró tratamiento con rifampicina y levofloxacino durante 2 meses, con mejoría final.

Hemos presentado 2 casos de EI, uno de ellos con absceso del psoas como complicación. Últimamente se ha observado un incremento en frecuencia de abscesos de psoas primarios (sin un foco de infección determina-

do)¹. En nuestro segundo caso, el absceso está causado por *S. aureus*, frecuente en pacientes que tienen una enfermedad inmunodepresora², incluidas las enfermedades reumatológicas. La patogenia ocurre debido a la infección del disco intervertebral por un agente etiológico infeccioso que puede llegar por diseminación a distancia, inoculación directa o infección por contigüidad, aunque en muchos pacientes el sitio primario de infección jamás se identifica³. El diagnóstico precoz se realiza por RM, ésta es la técnica más sensible capaz de detectar anomalías antes de las 2 semanas del inicio de los síntomas⁴. El uso más importante de la TC es la punción de la región discal para aspiración y cultivo de muestras⁵. Evaluar la coexistencia de endocarditis infecciosa en pacientes con espondilitis infecciosa es necesario en casos sin causa aparente para la infección raquídea. En un estudio recientemente publicado, se detectó endocarditis infecciosa hasta en un 30% de los pacientes con espondilodiscitis⁶. Los signos y síntomas que obligan a descartar endocarditis en estos casos son: afección cardíaca previa, insuficiencia cardíaca, hemocultivos positivos e infección por microorganismos grampositivos; en todo paciente con estos signos y espondilitis infecciosa es obligatorio descartar una endocarditis infecciosa aun en ausencia de síntomas. El tratamiento es antibiótico, que cubra *S. aureus* y bacterias gramnegativas durante 8 semanas como mínimo, e intravenoso un mínimo de 4 semanas⁷. La cirugía suele reservarse a una minoría de pacientes; está indicada en casos de: progresión de enfermedad a pesar del tratamiento, inestabilidad ósea o compresión medular y drenaje del absceso a región epidural o paravertebral⁸. En el absceso del psoas la regla es el drenaje mediante punción-aspiración guiada por TC, pues se ha demostrado en múltiples estudios resultados equiparables a la cirugía abierta⁹.

Roberto Oropesa Juanes^a, María Isabel González-Cruz^b,
Javier Calvo Catalá^b y Cristina Campos Fernández^a

^aServicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario. Valencia. España.

^bSección de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia. España.

Bibliografía

1. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary ilipsoas abscess. Arch Surg. 1995;130:1309-13.
2. Navarro López V, López García F, González Escoda E, Gregori Colomé J, Muñoz Pérez A. Psoas abscess in patients infected with the human immunodeficiency virus. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2004;23:661-3.
3. Cahill DW, Love LC, Rehtine GR. Pyogenic osteomyelitis of the spine in the elderly. J Neurosurg. 1991;74:878.
4. Carragee EJ. The clinical use of magnetic resonance imaging in pyogenic vertebral osteomyelitis. Spine. 1997;22:780.
5. Nolla JM, Ariza J, Gomez-Vaquero C, Fiter J, Bermejo J, Valverde J, et al. Spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis in nondrug users. Semin Arthritis Rheum. 2002;31:271.
6. Pigrau C, Almirante B, Flores X, Falco V, Rodríguez D, Gasser I, et al. Spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis and endocarditis: incidence, risk factors, and outcome. Am J Med. 2005;118:1287.
7. Penado S, Espina B, Francisco Campo J. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2001;19:257-60.

8. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *Lancet*. 2004;364:369.
 9. García Vázquez E, Gutierrez Guisado J, Díaz Curiel M. Abscesos del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp*. 1995;195:289-93.



Neumotórax bilateral en un paciente con nódulos reumatoideos colonizados por *Aspergillus fumigatus*

Sr. Director: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica articular que afecta preferentemente a las manos de forma simétrica, aunque también afecta a otros órganos, como el pulmón. Por ello nos parece de mención el caso de un paciente con afección pulmonar como complicación de su AR. Se trata de un varón de 67 años, alérgico al metamizol y el ácido acetilsalicílico, con AR seropositiva y nodular de 30 años de evolución, tratado con indometacina y glucocorticoides en los períodos de brote inflamatorio, sin haber recibido tratamiento inductor de remisión. Ex-fumador de 10 paquetes-año.

Como antecedente personal presentó hidroneumotórax izquierdo en el año 2002 secundario a posible rotura de ampolla, que requirió drenaje torácico. En la tomografía computarizada (TC) torácica se objetivaron unos nódulos de predominio subpleural bilateral (interpretados como ampollas) y derrame pleural, cuyo estudio microbiológico y citológico fue negativo. Ingresó en agosto de 2006 por presentar intenso dolor torácico derecho y disnea. La radiografía de tórax mostró un neumotórax derecho prácticamente completo e hidroneumotórax parcial izquierdo, por lo que se pensó en una nueva rotura de ampolla como había ocurrido en el año 2002. Se decidió colocar un tubo de drenaje torácico en el neumotórax derecho, con buena reexpansión pulmonar, aunque a las 48 horas presentó recidiva del neumotórax. Se descartó obstrucción mecánica del drenaje, y se confirmó la rotura de un nuevo nódulo cavitado que precisó nuevo drenaje. El líquido pleural era un exudado, según los criterios de Light, con cociente de proteínas pleurales/proteínas séricas mayor de 0,5, un cociente de LDH pleural/LDH sérica mayor de 0,6, con LDH de 2.014 U/l, ADA de 54,3 unidades y cultivo para micobacterias negativo. Sin embargo, en dicho líquido creció *Aspergillus fumigatus*, por lo que se inició de inmediato tratamiento antifúngico. En la analítica presentaba elevación del factor reumatoide con los demás parámetros normales. Se produjo un empeora-



Figura 1. Tomografía computarizada torácica. Se visualiza el neumotórax y el hidroneumotórax, así como pequeños nódulos pulmonares.

miento clínico del paciente, que presentó intenso dolor torácico bilateral, disnea e insuficiencia respiratoria, con saturación de O₂ del 79%. Se realizó una nueva TC torácica, que mostró un hidroneumotórax izquierdo que había evolucionado respecto a la imagen radiológica, con atelectasia casi completa del pulmón subyacente y neumotórax derecho, reducido a una fina lámina, con imagen de enfisema subcutáneo asociado (fig. 1). Se apreciaron nódulos pulmonares parenquimatosos, la mayoría subpleurales y menores de 1 cm de diámetro, además de adenopatías de carácter inespecífico, de centro graso y aspecto benigno en huecos axilares, cadenas paratraqueales y subcarinales. Por falta de mejoría clínica, tras una semana de tratamiento con soporte respiratorio, tubo de drenaje y tratamiento antifúngico, fue trasladado a cirugía torácica para tratamiento quirúrgico inmediato. En las muestras obtenidas se cultivó *A. fumigatus* y la biopsia de los nódulos descritos en la TC correspondieron histológicamente a nódulos reumatoideos, descartándose la presencia de ampollas.

En conclusión, el neumotórax bilateral recidivante puede ser una complicación en el paciente con AR y nódulos pulmonares subpleurales. Tal y como describieron Adelman et al¹, una comunicación o fístula pleuropulmonar debida a la necrosis del nódulo origina una cavidad susceptible de sufrir sobreinfección por *A. fumigatus*.

Eva Revuelta Evrard^a, Jesús Sanz^b y Carlos Martínez-Conde^b

^aServicio de Reumatología. Hospital General. Ciudad Real. España.

^bServicio de Neumología. Hospital General. Ciudad Real. España.

Bibliografía

1. Adelman HM, Dupont EL, Flannery MT, Wallach PM. Case report: recurrent pneumothorax in a patient with rheumatoid arthritis. *AM J Med Sci*. 1994;308:171-2.