

CASO RADIOLOGICO

Discitis Inespecífica

C. CANGA GONZÁLEZ, C. CELORIO PEINADO, M. RODRÍGUEZ SUÁREZ,
F. GARCÍA ARIAS, J. B. GARCÍA HERNÁNDEZ y M. ORENSE COLLADO

Paciente hembra de 4 años de edad, que desde hace un mes presenta un cuadro de fiebre, dolor en cadera y pierna derecha así como impotencia funcional de

la misma. Se le realizan radiografías simples, siendo demostrativos los hallazgos observados en la radiografía lateral a nivel de la columna lumbar (Fig. 1).



FIG. 1. Radiografía simple centrada a nivel de la columna lumbar, en proyección lateral, en la que se observa una disminución del espacio intervertebral L-2 L-3 así como una irregularidad de los bordes de los cuerpos vertebrales adyacentes al disco.

DIAGNÓSTICO: Discitis Inespecífica

DISCUSIÓN

Para el diagnóstico de Discitis Inespecífica es necesario que se cumplan tres criterios: La existencia de un estrechamiento del espacio intervertebral de manera inequívoca en una serie de radiografías, la negatividad del test de la tuberculina, y la no existencia de otra enfermedad que pudiera explicar estos síntomas (4).

El origen de la enfermedad puede ser tanto vírico como bacteriano y probablemente la infección en el hueso se produzca por diseminación hematogena (3).

La Discitis Inespecífica clínicamente cursa con episodios de fiebre y de dolor en cadera y pierna que a veces se extiende a la espalda (2).

En el diagnóstico de esta entidad, el Scan óseo suele ser positivo antes que las radiografías, aproximadamente a los 7-14 días del comienzo de los síntomas. Es pre-

ferible utilizar el Tc 99 difosfonato que el Ga 67, debiendo interpretarse a las 3-4 horas de la inyección (2).

Las radiografías no se hacen positivas hasta la 3.^a-8.^a semana después de la aparición de los síntomas; sin embargo cambios tempranos en la afectación del disco, pueden evidenciarse si se realizan radiografías seriadas cada una o dos semanas. La columna lumbar es la porción que

con mayor frecuencia se afecta, en la que se puede observar junto a la alteración discal, erosiones de los cuerpos vertebrales vecinos (1).

El tratamiento consiste en reposo con inmovilización y antibióticos. La curación clínica se obtiene en un período de 2 a 4 meses desde el comienzo de los síntomas, aunque las alteraciones radiológicas permanecen más tiempo.

BIBLIOGRAFIA

1. BONFIGLIO, M.; LANGE, T. A.; KIM, Y. M.: *Pyogenic vertebral osteomyelitis. Disspace infections.* Clin. Orthop. 1973; 96: 234.
2. FISCHER, G. W.; POPICH, G. A.; SULLIVAN, D. E.; MAYFIELD, G.; MAZAT, B. A.; PATTERSON, P. H.: *Diskitis: A Prospective Diagnostic Analysis.* Paediatrics 1978; 62: 543-548.
3. ROCCO, H. D.; EYRING, E. J.: *Intervertebral disk infections in children.* Am. J. Dis. Child. 1972; 123: 448.
4. SPIEGEL, P. G.; KENGLA, K. W.; ISAACSON, A. S. et al.: *Intervertebral disc space inflammation in children.* J. Bone Joint Surg. 1972; 54: 284.