

LO QUE PUEDE OCULTAR UN DOLOR ABDOMINAL.

Nuria Zamora González¹, Cristina Martínez del Pozo², María Tríguez García².

¹Pediatra de Atención Primaria. C.S. Venta de Baños. Palencia. España.

²Pediatra de Atención Primaria. C.S. Eras del Bosque. Palencia. España.

INTRODUCCIÓN:

La espondilodiscitis es la infección que afecta al disco intervertebral y a las estructuras óseas. Es más frecuente en niños por las conexiones vasculares entre vértebra y disco. El diagnóstico suele retrasarse días/semanas ya que el inicio es insidioso y la clínica inespecífica.

CASO CLÍNICO:

Niña de 2 años consultó por dolor abdominal y cuadro catarral. En días anteriores padeció gastroenteritis autolimitada. Exploración física abdominal y caderas normales. Se pautaron probióticos y reconsultó a los 2 días por persistencia de síntomas, febrícula y rechazo de la deambulación. Ingresó para estudio: analítica sanguínea (PCR 37.6mg/L, VSG 45mm), ecografía abdominal (adenitis en fosa iliaca derecha) y radiografía abdominal (colon neumatizado, heces abundantes, no signos de oclusión). Se pautó desimpactación con laxante y tratamiento con antiinflamatorios durante una semana. Por persistencia de dolor abdominal reingresó con ampliación de pruebas: analítica sanguínea (PCR<0.5mg/L), hemocultivo, coprocultivo y Mantoux (negativo), array Norovirus positivo en heces. En RM, a los 20 días desde inicio del cuadro, se evidencia espondilodiscitis aguda en D11-D12 con afectación del disco (Imagen 1), sugiriendo etiología bacteriana, S.aureus por frecuencia, sin descartar Salmonella por contacto con tortuga. Se trató con cloxacilina y cefotaxima intravenosa durante 15 días y posteriormente cefuroxima oral durante 3 meses con evolución favorable.

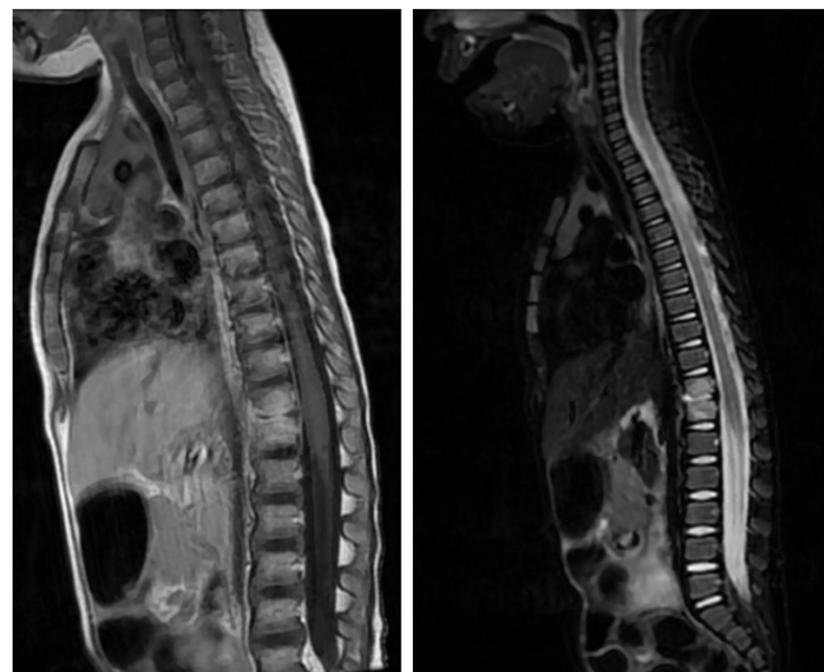


Imagen 1. Resonancia magnética: espondilodiscitis aguda en D11-D12 con afectación del disco.

CONCLUSIONES:

La espondilodiscitis es una infección infrecuente y presenta máxima incidencia alrededor de los 3 años. La vía de infección más frecuente es hematogena.

Se caracteriza por dolor, frecuentemente referido en abdomen, rechazo a la deambulación y sedestación, acompañado o no de fiebre (25% de los casos). En la exploración física se observa rigidez en la columna vertebral y característicamente rechazo a la deambulación.

Se debe plantear diagnóstico diferencial con patología digestiva, sinovitis transitoria y artritis séptica de cadera.

El diagnóstico suele retrasarse ya que las radiografías inicialmente son normales. La RM confirma el diagnóstico e informa de la extensión y afectación de partes blandas. En analítica se pueden elevar PCR, VSG y leucocitos. La etiología suele ser bacteriana pero sólo el 30% de las infecciones se confirman con hemocultivos positivos, siendo S.aureus el más frecuentemente aislado (65% de los casos). La localización más frecuente es la lumbar, seguida de la dorsal y la cervical.

El tratamiento consiste en reposo en cama y antibioterapia intravenosa hasta normalización de la PCR. Posteriormente tratamiento oral 2-3 semanas.

Recordar que ante rechazo de la sedestación y/o alteración de la marcha, es importante descartar espondilodiscitis como diagnóstico diferencial, sobre todo en niños pequeños.