

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: ESPONDILODISCITIS	CÓDIGO: QX-NEUC-GM-04
 	DEPENDENCIA: UNIDAD CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 17-09-2012
	PROCESO: QUIRURGICA QX		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 6

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Identificar los signos patognomonicos en mencionada enfermedad, generando un diagnostico adecuado y así poder proporcionar un excelente tratamiento.

2. METODOLOGIA

Revisión de bibliografía y medicina basada en la evidencia

3. ALCANCE

Identificación paciente- clínica- seguimiento- tratamiento

4. POBLACION OBJETO

PERSONAL ATENDIDO HOMIC

5. RECOMENDACIONES

La Espondilodiscitis es un reto terapéutico, dado que es un sitio de escasa penetrancia del antibiótico sistémico. El manejo antibiótico es el pilar fundamental del tratamiento.

1.1 DEFINICIÓN

La Espondilodiscitis es la infección del disco intervertebral son diseminación a los cuerpos vertebrales adyacentes. Puede ser espontánea o posquirúrgica.

GUIA DE MANEJO	ESPONDILODISCITIS	CODIGO	QX-NEUC-GM-04	VERSION	01
		Página:	2 de 6		

5. RECOMENDACIONES

1.2 PRESENTACIÓN CLÍNICA

Síntomas:

1. Dolor: puede ser dolor local, dolor irradiado o dolor radicular..
2. Fiebre y escalofríos (sólo 30-50% están febriles).

Signos:

1. Dolor a la palpación.
2. Espasmo muscular paravertebral.
3. Limitación para el movimiento.

1.3 EVALUACIÓN RADIGRÁFICA

Radiografías: no son útiles para cambios tempranos.

1. Cambios tempranos: disminución del interespacio con alguna desmineralización del cuerpo vertebral.
2. Esclerosis: de los márgenes corticales con aumento de la densidad ósea de las áreas adyacentes del cuerpo vertebral. Comienzo 4-12 semanas siguientes al inicio de los síntomas.
3. Irregularidad de los platillos vertebrales adyacentes, con respeto de los pedículos (excepto para TBC).
4. Abalnamiento del espacio discal con erosión del cuerpo vertebral.
5. Formación de hueso circunferencial que puede llevar a formación osteofitos entre los cuerpos vertebrales 6-8 meses en el curso de la enfermedad.
6. Fusión de los cuerpos vertebrales.

Resonancia magnética nuclear: muestra compromiso del disco intervertebral, puede mostrar absceso epidural o paravertebral. Característico la hipointensidad del disco en el T1 y la hiperintensidad del disco en el T2. Los hallazgos pueden aparecer tan tempranos como 3-5 días de comienzo de los síntomas.

GUIA DE MANEJO	ESPONDILODISCITIS	CODIGO	QX-NEUC-GM-04	VERSION	01
		Página:	3 de 6		

5. RECOMENDACIONES

Tomografía axial computada: no tan útil desde el punto de vista diagnóstico, alta utilidad en el momento de toma de biopsias guiadas por nuestro servicio en esta institución

Hay tres cambios característicos en el TAC de columna.

1. Fragmentación de los platillos.
2. Edema de tejidos blandos con obliteración de los planos grasos.
3. Absceso paravertebral.

Tomografía lineal, poco usada.

Gamagrafía ósea: muy sensible para Espondilodiscitis y osteomielitis vertebral (85% sensible). Aumenta su especificidad al realizarla con leucocitos marcados

1.4 ESTUDIOS DE LABORATORIO

Velocidad de sedimentación globular: en pacientes no inmunocomprometidos, la VSG estará elevada con una media de 60 mm/h.

Proteína C reactiva, es también útil.

Conteo de leucocitos: rara vez elevados.

PPD, útil en casos sospechosos de TBC vertebral.

Cultivos: tomados directamente o por guía bajo TAC. Los hemocultivos son positivos en el 50% de los casos y son orientadores en el tratamiento.

GUIA DE MANEJO	ESPONDILODISCITIS	CODIGO	QX-NEUC-GM-04	VERSION	01
		Página:	4 de 6		

5. RECOMENDACIONES

1.5 PATÓGENOS

El patógeno más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, seguido por el *S. albus* y el *S. epidermidis*. Pueden encontrarse Gram negativos como *E. coli* y especies de *proteus*. La *Pseudomona* es común en drogadictos, y también puede presentarse discitis TBC

1.6 TRATAMIENTO

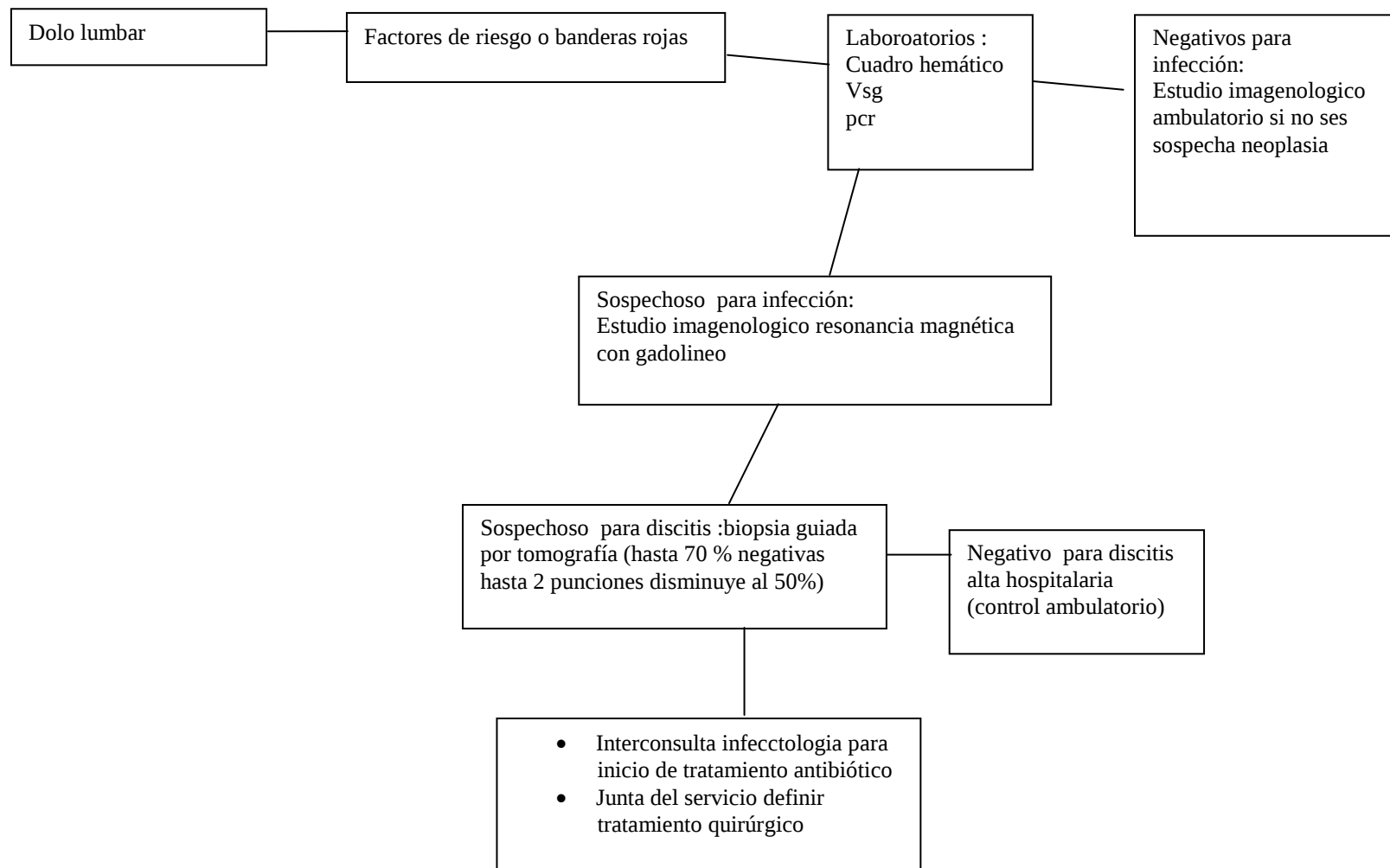
El pilar del tratamiento es el tratamiento antibiótico de amplio espectro inicialmente (p.e. vancomicina, metronidazol y ceftriaxona). Y luego se hace cambio según el antibiograma del cultivo o según respuesta del paciente. La duración del tratamiento es de 4-8 semanas.

La cirugía se reserva para casos en los cuales el diagnóstico es incierto, para decompresión de estructuras neurales, drenaje de abscesos asociados, para fijar una columna que está inestable luego del proceso infeccioso.

Los abordajes pueden ser anterior o posterior, con corpectomía y Laminectomía respectivamente.
Actualmente aceptada la fijación y artrodesis en casos seleccionados durante la fase aguda

GUIA DE MANEJO	ESPONDILODISCITIS	CODIGO	QX-NEUC-GM-04	VERSION	01
		Página:	5 de 6		

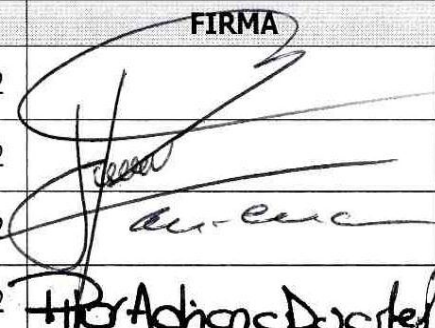
6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	ESPONDILODISCITIS	CODIGO	QX-NEUC-GM-04	VERSION	01
		Página:	6 de 6		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA				
1. GREENBERG, Mark. Discitis. En: Handbook of neurosurgery. 5 ed. New York: Thieme; 2001. p. 244-249.				

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dr. Alberto Caballero	Neurocirujano Endovascular	Septiembre de 2012	
REVISÓ	CRMED. Juan Carlos Luque	Jefe Área de Neurocirugía	Septiembre de 2012	
APROBÓ	CRMED. Luis Carlos Rincón Larrota	Jefe Unidad Clínico Quirúrgica	Septiembre de 2012	
PLANEACION –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Área de Calidad	Septiembre de 2012	