

# OSTEOMIELITIS VERTEBRAL EN EL CONTEXTO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿QUÉ IMPORTANCIA HAY QUE OTORGAR AL CUADRO AXIAL?

Fragio Gil JJ<sup>1</sup>, González Mazario R<sup>1</sup>, Tasia Pitarch M<sup>2</sup>, Calabuig Muñoz E<sup>2</sup>, Ivorra Cortés J<sup>1</sup>, Ortiz Sanjuán FM<sup>1</sup>, Grau García E<sup>1</sup>, Chalmeta Verdejo I<sup>1</sup>, González Puig L<sup>1</sup>, Martínez Cordellat I<sup>1</sup>, Negueroles Albuixech R<sup>1</sup>, Alcañiz Escandell C<sup>1</sup>, Oller Rodríguez JE<sup>1</sup>, Vicens Bernabeu E<sup>1</sup>, Nájera Herranz C<sup>1</sup>, Cánovas Olmos I<sup>1</sup>, Pávez Perales C, Salavert Lleti M<sup>2</sup>, Román Ivorra JA<sup>1</sup>.

1. Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. 2. Unidad de Enfermedades Infecciosas. HUP La Fe. Valencia. 3. Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

## INTRODUCCIÓN

La Osteomielitis Vertebral (OV) es una enfermedad infecciosa que en ocasiones, supone la diseminación de un foco a distancia, como la endocarditis (EI). La base del tratamiento de la OV es la terapia antibiótica, pero en tiempos inferiores al del indicado para la EI.

## OBJETIVOS

Analizar si la detección de OV en un paciente con EI, supone un peor pronóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional unicéntrico retrospectivo en pacientes diagnosticados de OV en base a manifestaciones clínicas compatibles con un diagnóstico microbiológico definitivo o radiológico, en las 8 semanas posteriores al diagnóstico de EI durante el periodo de Enero de 2010 hasta Enero de 2019.

## RESULTADOS

En 16 de los 122 casos de OV en nuestro centro (19,52%), la infección axial se había detectado en el contexto de una EI. Las características demográficas y clínicas basales se exponen en la tabla 1. El tiempo expresado en días de dolor fue de una mediana de 32 (9.25, 70). Respecto al estudio analítico, destaca una PCR con una mediana de 83mg/L (61.95, 153.28). La RM fue la prueba diagnóstica más empleada (56.25%), seguida del PET/TC (25%) y de la TC (18,75%). La región más frecuentemente afectada fue la lumbosacra (56.25%), seguida de la dorsal (37.5%) y la cervical (6.25%).

La presencia de absceso (epidural o paravertebral) se apreció en 11 pacientes (68.75%), contrastando con un 93.4% en el grupo sin EI  $p < 0.01$ . Similares resultados en cuanto a destrucción vertebral (12.5% en el grupo de EI frente a 57.55%) y compresión medular (18.75% en el grupo de endocarditis frente a 33.96%). Sólo 2 pacientes (12.5%) fueron subsidiarios de punción guiada por TC (con larga exposición pre-biopsia a antibioterapia y con una demora de 10 y 47 días tras el diagnóstico de discitis), siendo ambos cultivos negativos.

A nivel microbiológico, en 14 pacientes la infección axial se atribuyó a Gram+, en los otros 2 el microorganismo final fue desconocido. La estancia media de los pacientes fue superior en el grupo de EI, con una mediana de 32.5 días (27.75, 52) frente a 22 (16, 33)  $p = 0.03$ . Sólo 1 paciente requirió cirugía posterior (frente a un 18.87% del otro grupo). 7 pacientes (43.75%) fallecieron a causa de la infección o sus complicaciones, frente a un 6.6% en el grupo sin EI,  $p < 0.01$ .

	Endocarditis	SI	Endocarditis	NO
	N=16		N=106	
<b>Sexo masculino</b>	10	60%	72	67.92%
<b>Edad</b>	72.25 (media)	Ds:9.09	61.64 (media)	Ds:15.06
<b>HTA</b>	11	68,75%	55	51.89%
<b>DM</b>	2	12.5%	25	23.58%
<b>ERC III-V</b>	2	6.67%	18	17.76%
<b>Inmunosuprimidos</b>	0	0%	16	16.98%
<b>Patología previa de raquis</b>	8	50%	64	60.38%
<b>Válvula protésica</b>	5	31.25%	0	0%

## CONCLUSIONES

En el contexto de una EI, si el paciente relata un cuadro de dolor axial de nueva aparición, es posible que éste se deba a una diseminación de la misma y por tanto debe realizarse un despistaje mediante prueba de imagen, de metástasis infecciosa. La OV en este contexto parece comportarse de manera menos agresiva a nivel local (menos destrucción, abscesificación y compresión medular), probablemente por una mayor y temprana exposición a antibióticos. La menor realización de biopsia obedece a que se asume el organismo causal de la EI. Por tanto, podemos decir que la OV juega un papel secundario en este contexto, si bien los datos alarmantes de mortalidad que hemos encontrado, exigen que realicemos estudios prospectivos a fin de dilucidar si la OV en un paciente con EI, supone un predictor de mal pronóstico, quizás porque el que la infección se extienda, sea una expresión de un fracaso terapéutico.