

BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Traumatismo de parto. En: Nelson. editor. Tratado de pediatría. 16.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2000; p. 536-43.
2. Tsuji MK. Traumatismo obstétrico. En: Cloherty JP, Stark AR, editores. Manual de cuidados intensivos neonatales. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1999; p. 251-9.
3. Claret I, Jiménez R. Traumatismos fetales y neonatales. En: Cruz M, editor. Tratado de pediatría. 7.ª ed. Barcelona: Espaxs, 1994; p. 131-40.
4. Bulloch B, Schubert CJ, Brophy PD, Johnson N, Reed MH, Shapiro RA. Cause and clinical characteristic of rib fractures in infants. *Pediatrics* 2000;105:E48.
5. Hartmann RW Jr. Radiological case of the month. Rib fractures produced by birth trauma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151: 947-8.
6. Cantero MT, Díez I, Bartolomé JM, Grande R, Gallego MJ, Burón E. Osteogénesis imperfecta. Evidencia en el período neonatal. *An Esp Pediatr* 2001;57(Supl 5):137-9.

Discitis y espondilodiscitis en edad preescolar: dificultades para el diagnóstico precoz

Sr. Editor:

La discitis y espondilodiscitis consisten en una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes. Se trata de una entidad cuyo diagnóstico no siempre resulta fácil en etapas iniciales, ya que sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas; no obstante, su detección precoz es importante, ya que si no se trata adecuadamente puede conllevar secuelas ortopédicas serias.

Se presentan 3 casos de inicio similar en edades tempranas, destacando las dificultades para el diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso 1. Niña de 21 meses que presentaba dolor y contractura muscular en la región lumbar de 10 días de evolución que no mejoraba con tratamiento antiinflamatorio y reposo. A la exploración física destacaba una actitud hiperlordótica a nivel lumbosacro, con dolor a la palpación sobre cuerpos vertebrales L4-L5, la marcha y sedestación desencadenaban un dolor intenso. En la gammagrafía con tecnecio 99 (⁹⁹Tc) aparecía un aumento de captación del radiótomo en L4-L5, la gammagrafía con citrato de galio 67 (⁶⁷Ga), evidenciaba intensa captación en la dicha zona. En la resonancia magnética (RM) se apreciaba pinzamiento espacio discal L3-L4, con engrosamiento de ligamento longitudinal posterior (fig. 1). Se instauró tratamiento empírico con cloxacilina intravenosa a altas dosis (200 mg/kg/día) e inmovilización, con mejoría clínica de la paciente. Tres meses después se le practicó nueva RM, persistiendo afectación de la plataforma discal L3-L4 con irregularidad y anfractuosidad de los bordes, pérdida del tejido pulposo y signos inflamatorios de cuerpos vertebrales L3 y L4 (fig. 2).

Caso 2. Niña de 21 meses que presentaba alteraciones en la marcha. En la exploración destacaba una gran irritabilidad y un aumento de la base de sustentación y pérdida de la lordosis lumbar. En la radiografía lumbar aparecía ligera disminución del espacio intervertebral L5-S1. En la RM se observaba una disminución del espacio intervertebral y alteración de la morfología del disco L5-S1, con articulaciones sacroilíacas normales (fig. 3). En la gammagrafía ósea con ⁹⁹Tc se apreciaba aumento de la captación de articulación sacroilíaca izquierda y proceso inflamatorio en las últimas vértebras lumbares y primera sacra. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso con evolución favorable de la paciente.

Caso 3. Niña de 19 meses de edad que acudió a urgencias por rechazo a la deambulación de una semana de evolución. A la exploración resaltaban irritabilidad y negativa absoluta a la deambulación y a la bipedestación. En la RM aparecía el disco L4-L5 colapsado y desplazado posteriormente, con hiperintensidad en T2. La paciente fue tratada con cloxacilina y evolucionó favorablemente.

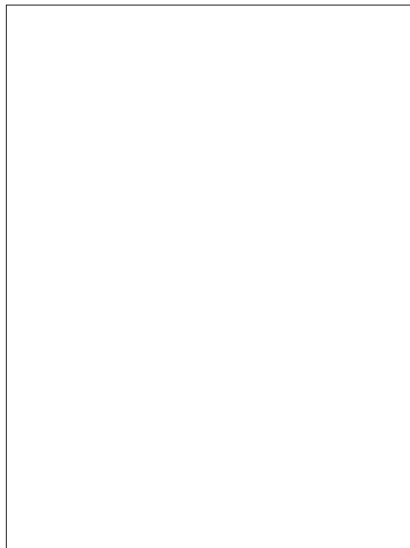


Figura 1. Caso 1: en la resonancia magnética realizada tras su ingreso se aprecia pinzamiento espacio discal L3-L4, con engrosamiento de ligamento longitudinal posterior.



Figura 2. Caso 1: en la radiografía simple realizada un mes después del diagnóstico, en la que se aprecia disminución espacio intervertebral L3-L4 y erosión de vértebras adyacentes.

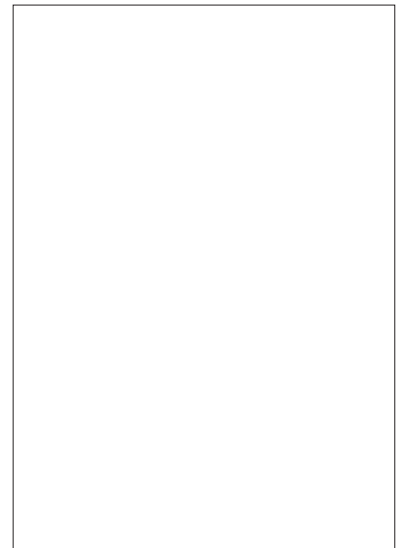


Figura 3. Caso 2: RM en la que se observa disminución del espacio intervertebral y alteración de la morfología del disco L5-S1, hiperintenso en T2.

TABLA 1. Resumen de las pruebas analíticas realizadas a las 3 pacientes

Analítica realizada	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Leucocitos	16.700	16.070	18.800
VSG	57/82	75	90
PCR (mg/dl)	< 0,5	2,2	< 0,5
Bioquímica	Normal	Normal	Normal
Mantoux	Negativo	Negativo	Negativo
Serología viral/ <i>Brucella</i>	Negativa	Negativa	Negativa
Hemocultivo	Negativo	Negativo	Negativo
Otros cultivos	Negativos	Negativos	<i>Campylobacter jejuni</i> (coproductivo)

VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva.

En la tabla 1 se resumen los resultados de las pruebas analíticas realizadas a las 3 pacientes.

La discitis y espondilodiscitis suelen afectar a niños menores de 5 años, sin enfermedad subyacente. Su localización más frecuente es lumbosacra¹. No existe explicación clara respecto a su fisiopatología, aunque algunos autores² creen que se produce un acantonamiento de microorganismos en la región cartilaginosa del disco intervertebral. La mayoría de autores proponen una etiología infecciosa³ y atribuyen la negatividad de los cultivos en la mayoría de los casos a la larga evolución de los síntomas antes del diagnóstico. Los gérmenes más frecuentemente identificados son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Kingella kingae* y *Salmonella typhi*⁴, sin olvidar un microorganismo de gran relevancia en otra época: el bacilo de Koch. El diagnóstico precoz resulta complejo debido a la poca especificidad con que suele presentarse. No obstante, la aparición de sintomatología compatible, como dolor de espalda, irritabilidad inexplicable y dificultades para la sedestación y la marcha lo facilitan. La elevación de la temperatura en las discitis no suele aparecer. La osteomielitis de cuerpos vertebrales se presenta con un cuadro clínico similar, pero aparece en niños mayores y suele acompañarse de fiebre elevada y de deterioro del paciente. Si además aparecen alteraciones de cuerpos vertebrales y hemocultivo negativo es más probable que sea una discitis. Ante un niño con posible osteomielitis vertebral y radiografía normal, la RM es la técnica de elección^{5,6}. En cualquier caso, el diagnóstico diferencial no siempre resulta fácil. Las gammagrafías con galio o tecnecio sólo se consideran útiles para detectar secuelas de osteomielitis⁷. En cuanto a la biopsia de disco intervertebral, es motivo de controversia; mientras algunos autores proponen su realización sistemática⁸, otros argumentan que es una técnica altamente invasiva y con escaso rendimiento por lo que optan por reservarla para aquellos casos en que exista alta sospecha de osteomielitis⁹. En cuanto al tratamiento antibiótico de la discitis se discute si está o no indicado. Se ha demostrado la remisión sin antibioticoterapia en muchos casos³, pero también se describe la aparición de mayor incidencia de complicaciones en casos no tratados con antibioticoterapia¹⁰. Todos los autores coinciden en la importancia de la inmovilización de la zona. Desde el punto de vista pronóstico, la discitis en la edad pediátrica suele ser excelente, aunque radiológicamente suelen persistir lesiones residuales.

**A. Peinado Garrido^a, J. Aguirre Rodríguez^b,
J. Ramos Lizaña^b, A. Bonillo Perales^b,
P. Rodríguez Santano^a y A. Muñoz Hoyos^a**

^aDepartamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ^bServicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Correspondencia: Dr. A. Muñoz Hoyos. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Doctor Oloriz, 16. 18012 Granada. España. Correo electrónico: amunozh@ugr.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M, Carrol CL, Baker CJ. Discitis and vertebral osteomyelitis in children: An 18 year review. *Pediatrics* 2000;105:1299-304.
2. Cushing AH. Diskitis in children. *Clin Infect Dis* 1993;17:1-6.
3. Spiegel PG, Kengla LW, Isaacson AS, Wilson JC. Intervertebral disc-space inflammation in children. *J Bone Joint Surg (Am)* 1972;54:284-96.
4. Giuffrè M, Amato GM, Manfre L, Morello A. Nell'infanzia: Imaging neuroradiologico integrato nella diagnosi e follow-up di un caso. *Minerva Pediatr* 1997;49:101-7.
5. Rothman SLG. The diagnosis of infections of the spine by modern imaging techniques. *Orthop Clin North Am* 1996;27:15-31.
6. Miller GM, Forbes GS, Onofrio BM. Magnetic resonance imaging of spinal infection. *Rheum Dis Clin North Am* 1991;17:773-94.
7. Fisher GW, Popich GA, Sullivan DE, Mayfield G, Mazat BA, Patterson PH. Diskitis: A prospective diagnostic analysis. *Pediatrics* 1978;62:543-8.
8. Jiménez-Mejías ME, De Dios Colmenero J, Sánchez-Lora FJ, Palomino-Nicas J, Reguera JM, García de la Heras J, et al. Postoperative spondylodiskitis: Etiology, clinical findings, prognosis and comparison with nonoperative pyogenic Spondylodiskitis. *Clin Infectious Diseases* 1999;29:339-45.
9. Bolívar R, Kohl S, Pickering LK. Vertebral osteomyelitis in children: Report of four cases. *Pediatrics* 1978;62:549-53.
10. Menelaus MB. Discitis: An inflammation affecting the intervertebral discs in children. *J Bone Joint Surg (Br)* 1964;46:16.

Infección del tracto urinario por *Shigella sonnei*

Sr. Editor:

Los microorganismos del género *Shigella* son patógenos que habitualmente producen infecciones en el tracto gastrointestinal. También se han podido aislar en otras localizaciones, aunque sólo en raras ocasiones han podido ser implicados en la etiología de infecciones extraintestinales¹. La infección del tracto urinario (ITU) por *Shigella* es muy poco frecuente. Sólo se han descrito 40 casos, la mitad en la infancia.

Presentamos el caso de una recién nacida que ingresó en nuestro servicio para estudio de una masa quística abdominal, detectada en ecografía prenatal. La ecografía mostró la existencia de una displasia quística en el riñón derecho; el riñón izquierdo era normal. Se realizó estudio isotópico con 2,3-ácido dimercaptosuccínico (DMSA) en el que se objetivó captación nula del riñón derecho.