

CARTAS AL EDITOR

Alteración intestinal de larga evolución como forma de presentación de una espondilodiscitis

Long standing intestinal disorder as a form of presentation of spondylodiscitis

Sr. Editor:

La espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral y las vértebras adyacentes. Es una entidad poco frecuente, si bien su incidencia exacta es desconocida. El diagnóstico es difícil ya que al inicio los síntomas son muy inespecíficos, sobre todo en determinadas edades, y es especialmente complicado en menores de 3 años.

El propósito de esta comunicación es presentar el caso de una espondilodiscitis en una niña de 12 meses de edad con comienzo inusual.

Caso clínico

Niña de 12 meses, sin antecedentes de interés, que desde un mes antes padece estreñimiento que alterna con diarrea. Asocia rechazo del alimento, irritabilidad y negativa a la deambulación. Por este motivo había acudido a urgencias en varias ocasiones. Se inicia estudio en consultas y destacan en la exploración inicial pliegues de adelgazamiento con masas musculares blandas y abdomen globuloso sin otros hallazgos patológicos. En el análisis de sangre se observa una leucocitosis de 14.440 leucocitos/ μ l (neutrófilos: 33,2%; linfocitos: 59,8%), trombocitosis de 585.000 plaquetas/ μ l y proteína C reactiva (PCR) de 0,9 mg/dl; serie roja normal y marcadores de celiaquía negativos. Inicialmente se realiza enema opaco que descarta enfermedad de Hirschsprung y queda pendiente realizar manometría.

Diez días más tarde de que se la viera en consultas externas, acude de nuevo a urgencias por cuadro de deposiciones diarreicas y vómitos. En la exploración física se observa mal estado general, con llanto intenso al intentar sentarla o colocarla en bipedestación. En la analítica el único dato reseñable es una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 50 mm en la primera hora, sin presentar otras alteraciones en la analítica.

Por la clínica del aparato locomotor, se amplía el estudio y se sospecha una posible afectación de la columna vertebral. La resonancia magnética muestra desestructuración del disco intervertebral L2–L3, con importante afectación

de partes blandas que protruyen hacia el interior del canal raquídeo y se introducen a través de los agujeros de conjunción. El estudio electromiográfico revela signos de radiculopatía motora aguda en L2–L3 (fig. 1).

Se inicia tratamiento con cloxacilina y cefuroxima intravenosos durante 11 días con evolución favorable. Al alta presenta sedestación estable aunque persiste dolor a la hiperextensión de la columna lumbar y en la radiografía simple de columna se observa disminución del espacio interdiscal L2–L3 (fig. 2).

Comentarios

Las manifestaciones típicas de la espondilodiscitis, tales como rechazo a la deambulación, sedestación o bipedes-



Figura 1 RM de columna completa. El disco intervertebral L2–L3 presenta una marcada alteración de la señal y desestructuración del mismo. Existe un componente de partes blandas posterior que protruye hacia el interior del canal raquídeo, improntando el margen anterior del saco tecal. Discreta rectificación de la cifosis dorsal.

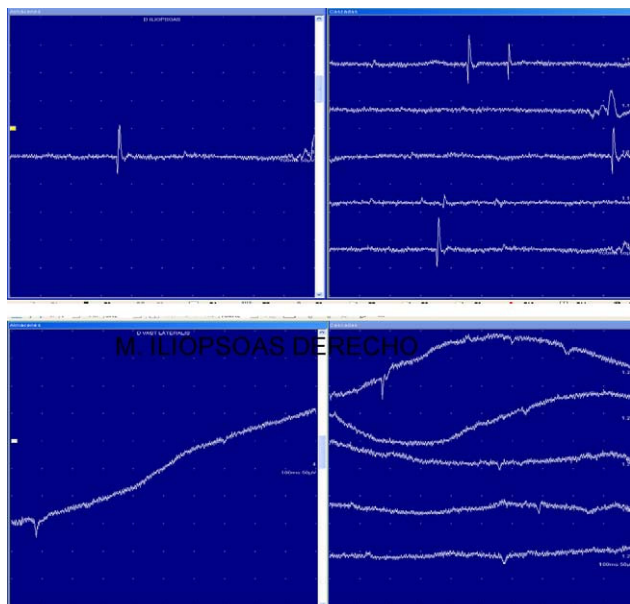


Figura 2 Denervación activa presente en músculo iliopsoas y vasto interno.

tación, aparecen en estadios avanzados, lo que favorece la demora al diagnóstico de esta entidad¹⁻⁶.

El comienzo con sintomatología gastrointestinal es excepcional. Algunos autores sostienen que hasta el 30% de estos pacientes puede presentar dolor abdominal y la alteración del ritmo intestinal (alteración del sistema nervioso vegetativo) es excepcional^{1,3-7}. Se diagnosticó a nuestra paciente de un cuadro de gastroenteritis; realmente son deposiciones por rebosamiento secundarias a la distensión rectosigma secundaria a la disautonomía por la afectación radicular L2-L3 que se demostró con el electromiograma (EMG).

El tratamiento de la espondilodiscitis es controvertido³⁻⁵. Algunos autores sólo prescriben antibióticos cuando el paciente presenta afectación del estado general o presenta hemocultivo positivo, como es en nuestro caso. Se observó una clara mejoría al tercer día de su ingreso.

La evolución suele ser favorable, aunque un porcentaje elevado de pacientes presenta secuelas radiológicas consistentes, la mayoría, en disminución del espacio intervertebral^{1,3,5,6}.

doi:10.1016/j.anpedi.2009.08.011

El principal factor implicado en el pronóstico es el diagnóstico precoz, que puede llegar a retrasarse en algunos casos hasta en un año^{3,5}; la media es de 2-4 semanas^{1,3} por la inespecificidad de la clínica, como en nuestra paciente, en la que se demoró 40 días.

Ante un cuadro de alteración del tránsito intestinal de manera mantenida en el tiempo, en un lactante que previamente no ha presentado problemas de este tipo, uno de los diagnósticos diferenciales debe ser el de disautonomía e iniciar un estudio de su causa.

Bibliografía

1. Karabouta Z, Bisbinas I, Davidson A, Goldsworthy LL. Discitis in toddlers: A case series and review. *Acta Paediatr.* 2005;94:1516-8.
2. Nussinovitch M, Sokolover N, Volovitz B, Amir J. Neurologic abnormalities in children presenting with diskitis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:1052-4.
3. Garron E, Viehweger E, Launay F, Guillaume JM, Jouve JL, Bollini G. Nontuberculous spondylodiscitis in children. *J Pediatr Orthop.* 2002;22:321-8.
4. Fernandez Marisol, Carrol Clark L, Baker Carol J. Discitis and vertebral osteomyelitis in children: An 18-year review. *Pediatrics.* 2000;105:1299-304.
5. Brown R, Hussain M, McHugh K, Novelli V, Jones D. Discitis in young children. *J Bone Joint Surg Br.* 2001;83:106-11.
6. Rubio Gribble B, Calvo Rey C, García-Consuegra J, Ciria Calabria L, Navarro Gómez ML, Ramos Amador JT. Espondilodiscitis en la Comunidad de Madrid. *An Pediatr (Barc).* 2005;62:147-52.
7. Crawford AH, Kucharzyk DW, Ruda R, Smitherman Jr HC. Diskitis in children. *Clin Orthop Relat Res.* 1991;266:70-9.

P. López Esteban^a, J. Martínez Pérez^{b,*}, B. Cabeza Martín^b, A. Pérez Villena^b y J. Álvarez-Coca González^b

^aSección de Neurofisiología Clínica, Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^bSección de Preescolares, Sección de Neurofisiología Clínica, Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgemartinezperez@hotmail.com (J. Martínez Pérez).

Hiperlipidemia transitoria secundaria al tratamiento con asparraginasa y prednisona

Transient hyperlipidemia secondary to treatment with asparaginase and prednisone

Sr. Editor:

La asparraginasa es una enzima utilizada en neoplasias hematológicas, encargada de catalizar la reacción que

transforma el aminoácido no esencial L-asparagina en ácido aspártico y amoníaco, ambos implicados en la síntesis proteica y de material genético, con la subsiguiente depleción secundaria de los niveles de L-asparagina. La dependencia de L-asparagina exógena de las células tumorales, al carecer de asparraginasa sintetas, convierte a la asparraginasa en agente quimioterapéutico. Los efectos secundarios de la asparraginasa se deben tanto al efecto dependiente de la dosis como a reacciones de hipersensibilidad. El tratamiento con asparraginasa, fundamentalmente combinada con corticoides, se ha descrito como agente causante de hiperlipidemia grave en pacientes con