

ESPONDILODISCITIS Y ABSCESO EPIDURAL CANDIDIASICO

GISELA DI STILIO¹, CARLOS M. RICA², CECILIA NINE¹, HUGO N. CATALANO¹¹Servicio de Clínica Médica, Departamento de Medicina Interna y ²Servicio de Neurocirugía, Departamento de Cirugía, Hospital Alemán, Buenos Aires

Resumen La espondilodiscitis candidiásica asociada a absceso epidural es una enfermedad de aparición excepcional. Se presenta el caso de un paciente con linfoma de Hodgkin en tratamiento quimioterápico que desarrolló candidiasis sistémica complicada con espondilodiscitis y absceso epidural por dicho germen.

Palabras clave: discitis, absceso, osteomielitis, *Candida*

Abstract *Candida spondylodiscitis and epidural abscess.* *Candida* spondylodiscitis associated with epidural abscess is rarely seen. We present a patient with Hodgkin lymphoma who received chemotherapy and developed systemic *Candida* infection, which was complicated by *Candida* spondylodiscitis and epidural abscess.

Key words: discitis, abscess, osteomyelitis, *Candida*

La levadura *Candida* constituye la cuarta causa de infección hematogena intrahospitalaria en EE.UU. A pesar de ser considerada de baja virulencia, en pacientes inmunodeprimidos puede causar enfermedad invasiva¹.

El absceso epidural puede originarse como complicación de la osteomielitis vertebral. Es importante el diagnóstico temprano, ya que el mismo puede expandirse y comprimir la médula, originando síntomas graves e inclusive la muerte².

Nuestra búsqueda bibliográfica arrojó sólo seis artículos referidos al compromiso epidural por *Candida*³⁻⁸.

Caso clínico

Hombre de 51 años, con linfoma no Hodgkin en tratamiento quimioterápico que se internó por síndrome febril prolongado y dorsalgia. La resonancia nuclear magnética (RNM) evidenció discitis dorsal D10-D11 (Fig. 1 y 2).

Se realizó punción guiada por tomografía y se obtuvo *Candida albicans* en el cultivo del material. Recibió tratamiento con anfotericina B. Antecedentes: internación tres meses atrás por accidente cerebrovascular hemorrágico (plaquetopenia post-quimioterapia) con secuela motora leve en hemicuerpo derecho. Como intercurencia, en dicha oportunidad presentó neumonía tratada con fluconazol (aislamien-

to de *Cándida albicans* en el lavado broncoalveolar). Evolución: al cumplirse un mes de tratamiento con anfotericina B (dosis acumulada de 1 050 mg) se constató progresión de la secuela motora en miembro inferior derecho y dolor dorsolumbar progresivo, localizado en la línea media con irradiación bilateral a glúteos y tensión de los músculos paraespinales.

Laboratorio: glóbulos blancos 14 200/mm³, hematocrito 30%, hemoglobina 10 g/dl, fosfatasa alcalina 468 UI/l, ESD: 110 mm/h. RNM: extensión del proceso infeccioso a nivel D9-D10-D11 y colección con disección del ligamento vertebral común posterior a la altura de D9-D10, con compresión de la médula en su cara anterolateral derecha (Fig. 3). Ante este hallazgo se realizó intervención quirúrgica inmediata (evacuación del absceso epidural y artrodesis con injerto óseo). El cultivo del material quirúrgico reveló *Candida albicans*.

La evolución postoperatoria fue favorable. El paciente completó el tratamiento antifúngico y recuperó la fuerza en el miembro inferior derecho.

Discusión

La utilización de antibióticos de amplio espectro, inmunosupresores y catéteres venosos centrales, ha ocasionado un incremento de las infecciones profundas por *Candida*⁹. En nuestro país, en el año 1977, se publicó una casuística de 60 pacientes con candidiasis diseminada¹⁰. Aun así, las infecciones óseas y articulares son infrecuentes y la osteomielitis vertebral candidiásica es considerada una complicación rara¹¹. Aproximadamente 50 a 60% de estos pacientes tienen antecedentes de candidemia documentada¹¹. El intervalo desde el diagnóstico de candidemia y el inicio de los síntomas de

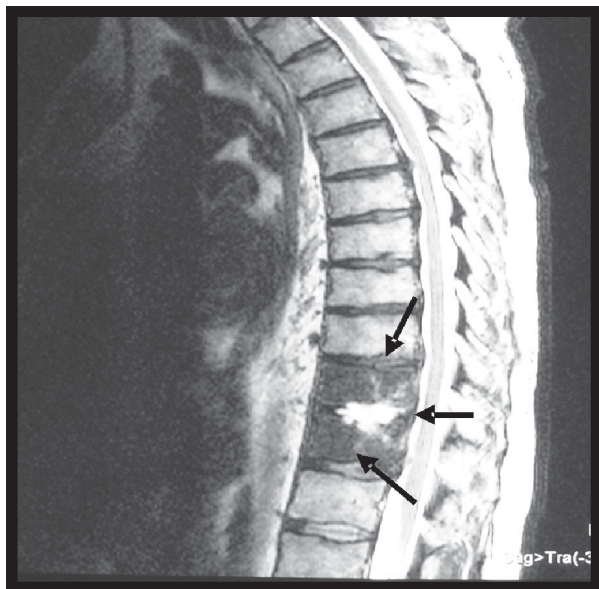


Fig. 1.- RNM: hipointensidad de los cuerpos vertebrales D10 y D11 (flechas oblicuas) e hiperintensidad discal (flecha horizontal).

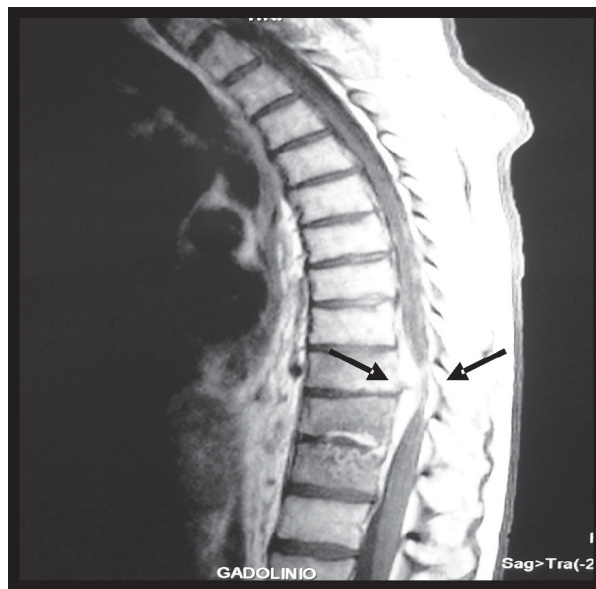


Fig. 3.- RNM: colección que refuerza con gadolinio y que comprime la médula espinal (flechas).

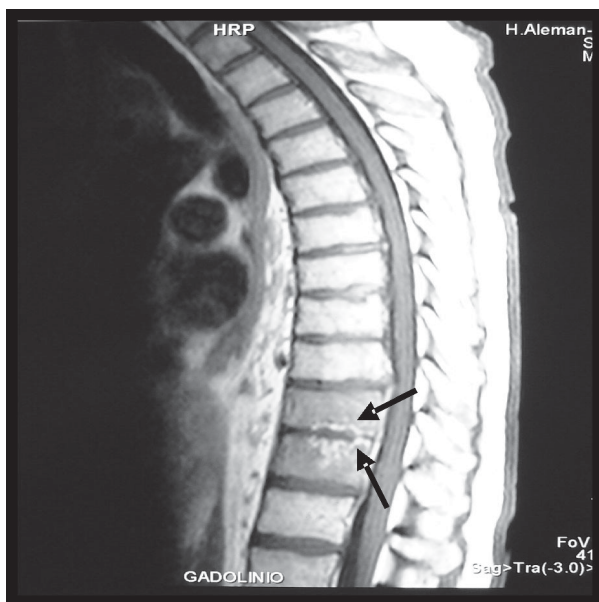


Fig. 2.- RNM: refuerzo discal periférico y de las plataformas articulares adyacentes con contraste endovenoso (flechas).

osteomielitis vertebral varía desde días hasta más de un año. En pacientes sin candidemia documentada, existe generalmente un intervalo similar desde que ocurrieron situaciones de riesgo para candidemia (presentes en más de un 70% de los casos) y el inicio de los síntomas de osteomielitis vertebral¹¹.

El tratamiento de elección es la anfotericina B (0.5 a 1 mg/kg/día por dos a tres semanas), seguido de fluconazol

(400 mg/día por seis a doce meses). El tratamiento quirúrgico sólo es necesario ante la evidencia de progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento antimicrobiano empírico o específico^{13,14}.

El absceso epidural es una complicación posible de las infecciones vertebrales. Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, tales como fiebre y malestar general. El absceso genera un cuadro que progresa en una secuencia típica: dolor dorsolumbar focal grave, dolor neurítico en el área de distribución del nervio afectado, debilidad motora, cambios sensoriales, disfunción intestinal y vesical, y por último parálisis. Este estadio final suele ser irreversible².

Si bien los factores de riesgo son similares a los descritos años atrás, la mayor diferencia radica en que el avance en los métodos diagnósticos permite confirmar dicha enfermedad en estadios más tempranos, mejorando así el pronóstico¹⁴. En el pasado, frecuentemente la confirmación del germen se obtenía tardíamente, mediante la autopsia¹⁰.

En nuestro paciente cobra relevancia la presencia de los siguientes antecedentes de riesgo para candidiasis diseminada: realización de procedimientos invasivos, neoplasia hematológica, inmunosupresión por quimioterapia y neumonía por *Candida*. En la mayoría de los casos de compromiso vertebral candidiásico descritos, existe el dato de infección previa por dicho germen.

El intervalo entre el episodio de infección por *Candida* y los síntomas sugestivos de compromiso vertebral fue de tres meses, similar a lo descrito en la literatura.

La instalación del cuadro neurológico llevó a la pronta realización de un estudio por imágenes.

La falta de respuesta al tratamiento antifúngico adecuado, evidenciada por un absceso epidural y la aparición de síntomas de compresión medular fueron claros indicadores de la necesidad de una resolución quirúrgica.

A modo de conclusión, el compromiso vertebral candidiásico y sus complicaciones, es una situación poco prevalente en la práctica clínica pero de una evolución ominosa ante la falta de un diagnóstico oportuno. La realización de una RNM que permita localizar la lesión y la toma de muestras para cultivos son esenciales para un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Miller D, Mejicano J. Vertebral osteomyelitis due to *Candida Species*: Case Report and Literature Review. *Clin Inf Dis* 2001; 33: 523-30.
2. Durack D, MPhil. Epidural abscess. In: UpToDate, Rose BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA 2002.
3. Derkinderen P, Bruneel F, Bouchaud O, Regnier B. Spondylodiscitis and epidural abscess due to *Candida albicans*. *Eur Spine J* 2000; 9: 72-4.
4. Liang JD, Fang CT, Chen YC, Chang SC, Luh KT. *Candida albicans* spinal epidural abscess secondary to prosthetic valve endocarditis. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2001; 40: 121-3.
5. Chia SL, Tan BH, Tan CT, Tan SB. *Candida* spondylodiscitis and epidural abscess: management with shorter courses of anti-fungal therapy in combination with surgical debridement. *J Infect* 2005; 51: 17-23.
6. Garbino J, Schnyder I, Lew D, Bouchuiguir-Wafa K, Rohner P. An unusual cause of vertebral osteomyelitis: *Candida* species. *Scand J Infect Dis* 2003; 35: 288-91.
7. Moguel MA, Brun FM, Perez A, Perez P, Torres LM. Infectious complications after epidural analgesia to control pain after abdominal surgery. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005; 52: 44-7.
8. Bonomo RA, Strauss M, Blinkhorn R, Salata RA. Torulopsis (*Candida glabrata*): a new pathogen found in spinal epidural abscess. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 588-9.
9. Bross J, Talbot GH, Maislin G, Hurwitz S, Strom BL. Risk factors for nosocomial candidemia: a case-control study in adults without leukemia. *Am J Med* 1989; 87: 614-20.
10. Alonso HO, Hernández EI, Gil MJJ, Zito RA. Candidiasis generalizada: análisis clínico patológico de 60 casos. *Medicina (Buenos Aires)* 1977; 37:85-96.
11. Hendrickx L, Van Wijngaerden E, Samson I, Peetermans WE. Candidal vertebral osteomyelitis: Report of 6 patients and a review. *Clin Infect Dis* 2001; 32 : 527-33.
12. Kauffman CA. *Candida* osteomyelitis and arthritis. In: UpTo Date, Rose BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA 2002.
13. Lew D, Waldvogel F. Osteomyelitis. *Lancet* 2004; 364: 369-79.
14. Sexton MD. Vertebral osteomyelitis. In: UpToDate, Rose BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA 2002.

El maestro Ramón

[...]

Se ayuda y ayuda a otros, y su pecho se aclara.

"Lava una mano la otra: las dos lavan la cara".

Sobrio, bebe su vino, sonriendo a algún muchacho:

"El vino es para todos, menos para el borracho"

[...]

Luis Franco (1898-1988)

Los trabajos y los días (1928). En: 25 poetas argentinos. 1920-1945.

Presentación y selección por Julio Caillet-Bois e Iride Rossi de Fiori.

Buenos Aires: Eudeba, 1964, p 19-20