

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA.
HOSPITAL DEL INSALUD DE AVILÉS. ASTURIAS

Lumbociatalgia como síntoma precoz de la espondilitis brucelar. A propósito de un caso.

D. HERNÁNDEZ VAQUERO e I. DOMINGUEZ-GIL JULIANA

RESUMEN

Se presenta en este trabajo una paciente con un cuadro de lumbociatalgia izquierda que fue intervenida por sospecha de compresión discal después de estudio mielográfico. La evolución posterior y los estudios analíticos llevaron al diagnóstico de espondilitis brucelar siendo tratada farmacológicamente y evolucionando de manera satisfactoria.

Descriptores: Mielografía. Lumbociatalgia. Espondilitis brucelar.

SUMMARY

A case of brucellar spondylitis which mimics lumbo sciatica is reported.

Key words: Brucellar Spondylitis.

La Brucelosis es una enfermedad endémica en ciertas áreas de España y su sospecha facilita el diagnóstico. En otras regiones la menor incidencia hace más difícil aquel, sobre todo cuando se presenta en la forma crónica.

Presentamos una paciente con lumbociatalgia izquierda a la que con el diagnóstico de presunción de compromiso discal L4-L5 se practicó una laminectomía y discectomía siendo la evolución posterior desfavorable lo que llevó al diagnóstico final de espondilitis brucelósica.

Paciente hembra de 64 años de edad, de profesión ama de casa. Acude por propia iniciativa al Servicio de Urgencias refiriendo do-

lores lumbares de dos meses de evolución que día antes se habían agudizado y asociado a irradiación algica en miembro inferior izquierdo. Sin antecedentes patológicos presenta hipertensión arterial en tratamiento con hipotensores y diabetes del adulto. Seis años antes se le había practicado una colecistectomía. No había realizado en el año anterior desplazamientos de la región asturiana. En la exploración a su ingreso destaca su buen estado general con unas maniobras de estiramiento ciático muy positivas con Lasegue a los 20° izquierdo. No presentaba déficits neurológicos en extremidades. La radiografía simple de columna lumbosacra no mostró hallazgos patológicos óseos. En la analítica de ingreso los datos anormales eran: elevación de fosfatasas alcalinas con 132 U. (rango 32-92), proteína C reactiva de 8 U. (0.0-0.6) y velocidad de sedimentación de 55 mm. a la primera hora. A la se-

mana del ingreso se practica estudio mielográfico lumbar con Lipiodol que muestra un «stop» completo de la columna de contraste a nivel de L4-L5. (Fig. 1).

Se indica laminectomía descompresiva y exploradora con el diagnóstico de compromiso discal en el espacio referido, comprobándose en el acto operatorio movilidad patológica del acto de L5 por espondilolisis. El disco L4-L5 está degenerando y su espacio parcialmente vacío; las raíces están libres. No se comprueba causa aparente del «stop» medular y se envía material para estudio bacteriológico que es informado como estéril. La sintomatología radicular desapareció con la intervención, pero persiste dolor y rigidez lumbar.

Ante la sospecha de una etiología inflamatoria se realiza prueba cutánea de tuberculina que es negativa y se solicitan aglutinaciones tífico, paratífico y melitensis. La velocidad de

sedimentación era de 75 mm. a la primera hora, y las aglutinaciones mostraron Rosa de Bengala positiva a 1/2, a brucella 1/32 y anticuerpos incompletos 1/128. Para confirmar el diagnóstico se realizó punción percutánea por vía postero-lateral con visión radiológica obteniéndose un material sanguíneo que fue informado como estéril y sin hallazgos patológicos en el estudio histológico. En ese momento las radiografías ya mostraban una destrucción completa del disco L4-L5 con afectación de los somas vecinos que progresó en los controles posteriores hacia la destrucción de los cuerpos vertebrales (Fig. 2). Los estudios analíticos eran ya significativos con aglutinaciones a brucella 1/32 y anticuerpos incompletos 1/256, llegando posteriormente a 1/1.024.

Con el diagnóstico de discitis brucelar se inició tratamiento con Rifampicina a dosis de 900 mgrs., oral diarios y Doxicilina, 200 mgrs. diarios que se mantuvo durante 45 días, evolucionando tanto clínica como radiográficamente hacia la curación.—

Discusión

Si bien en otros países la Brucelosis es una entidad de aparición escasa e incluso «exótica» (1), en el nuestro se mantiene como una Antropozoonosis todavía frecuente. En efecto son numerosas las publicaciones nacionales sobre la presencia de este tipo de proceso y más específicamente sobre la afectación osteoarticular que en ocasiones es la sintomatología más llamativa. En el hombre la infección por *Brucella* puede ocurrir debida al tipo *Melitensis*, la clásica Fiebre de Malta, con reservorio en cabras y ovejas, a la *Abortus*, frecuente en bóvidos, enfermedad de Bang, a la *suis* o fiebre ondulante de origen porcino y a la *canis*, de perros y excepcionalmente en el hombre. (2). Las vías de contagio son fundamentalmente la cutánea y digestiva, y en menor medida la oral o conjuntival.

En algunas zonas de nuestro país la enfermedad es endémica y en Asturias, aunque de incidencia escasa, está presente en algunas zonas rurales o urbanas se-



FIG. 1: Mielografía de columna lumbar con «stop» completo de la columna de contraste.

cundarias a contagios digestivos de reservorios en la propia región o como consecuencia de la ingesta de productos alimenticios procedentes de otras regiones sin las debidas condiciones sanitarias.

Una complicación frecuente en la evolución del proceso es la afectación osteoarticular, sobre todo en columna vertebral, sacroiliacas, caderas y en menor medida en otras articulaciones periféricas (3) (4). Precisamente la espondilitis brucelósica, descrita primero por KULOWSKY en 1932 (5), supone una localización frecuente en las series publicadas de pacientes con afectación ósea y/o articular (6). En amplias revisiones como la de GANADO (7) esta localización vertebral ocurre en un 2% llegando hasta un 30% en otros estudios (8). Igualmente en revisiones sobre espondilitis infecciosas, la bru-

celar está presente en frecuencias muy discordantes (9) (10) (11), seguramente en relación con el medio geográfico y social donde los trabajos fueron realizados.

Cuando la Brucelosis afecta al raquis lo hace sobre todo en la región lumbar, más en varones y por encima de los 40 años (2) (6) (12). El diagnóstico puede realizarse por la presencia de dolor y contractura en la zona ante un paciente que ha sufrido un cuadro agudo de fiebre sudoral u ondulante, con antecedentes de posibles contagios y con permanencia en zonas endémicas. La radiculalgia o paraplejia como complicación, ocurre en una frecuencia elevada, llegando casi al 50% en la serie de LIFESO (5) y relacionada con la destrucción ósea o con masas inflamatorias extradurales; su aparición no es generalmente precoz ni única, sino

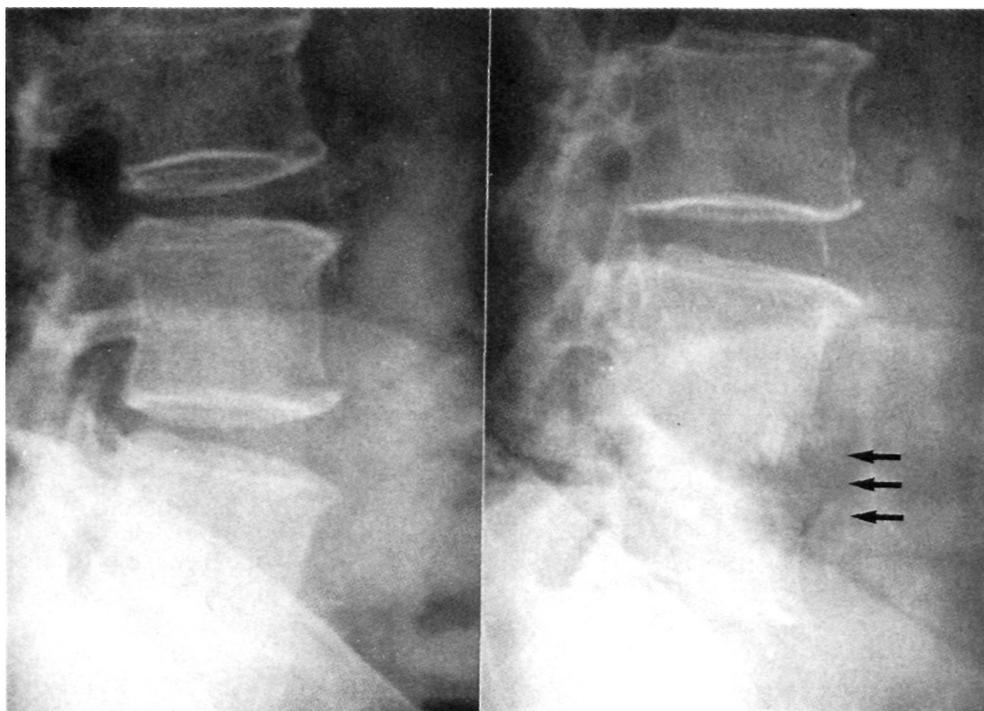


Figura 2: Radiografía inicial en proyección lateral sin alteraciones óseas. En la evolución se apreció una destrucción de los cuerpos vertebrales L4 y L5.

como sintomatología acompañante y a lo largo de la evolución en las formas crónicas.

Los datos radiológicos son tardíos y el signo de PONS (13) o «epifisis vertebral» en el ángulo antero-superior del soma es considerado como una imagen temprana de la afectación raquídea. Posteriormente las erosiones en las carillas superior e inferior, la disminución de la altura discal, el colapso o la formación de abscesos nos orientan hacia este tipo de espondilitis de evolución subaguda, más lenta que las piógenas pero más rápida que la tuberculosa. Cuando el proceso evoluciona aparecen osteofitosis, sindesmofitos, calcificación discal y por fin una fusión vertebral que es el estadio definitivo de la enfermedad. La mielografía, radiculografía, gammagrafía ósea y la tomografía computada pueden ser métodos de ayuda diagnóstica valorables individualmente (5).

El diagnóstico definitivo se hará con las pruebas de laboratorio. Bien el hemocultivo y sobre todo la seroaglutinación y el test de COOMBS antibrucelar son demostrativos de la presencia de la enfermedad. Las aglutinaciones positivas tienen valor incluso en cifras bajas (1/40 ó 1/80), con algunas excepciones (2) y más aún en los primeros meses del proceso. La detección de anticuerpos incompletos aumentan a medida que la enfermedad progresa llegando a positividad de 1/20.000 e incluso más. Otros métodos como la fijación del complemento o las pruebas intradérmicas apenas se utilizan en nuestro medio y la punción del absceso, cuando éste existe o del soma afectado, ofrece en pocas ocasiones la identificación del germen, así como el resultado anatomopatológico que no suele ser específico (6) como ocurrió en nuestro caso.

En algún momento de la evolución del enfermo presentado, tuvimos que realizar el diagnóstico diferencial con la espondilodiscitis postoperatoria (14) (15),

pero los datos analíticos, la evolución radiográfica y la punción percutánea desecharon esta posibilidad. También hay que efectuarlo con la afectación piógena, tuberculosa o tumoral que son de fácil diferenciación con los datos analíticos expuestos.

El tratamiento de la espondilitis brucelar es sobre todo farmacológico. Se conocen muchas pautas medicamentosas y se recomiendan las tetraciclinas, terramicina, rifampicina, estreptomycin, aureomicina, cloranfenicol, o sulfadiazinas solas o asociadas en diferentes dosificaciones. Ultimamente tanto la combinación tetraciclina-estreptomycin como rifampicina-tetraciclina, doxicilina-rifampicina (16) (17) o trimetoprim-sulfametoxazon (11) gozan de gran predicamento, mantenidas de uno y medio a cinco meses, con posologías decrecientes y unidas a reposo en lecho duro y corsé de escayola como medida posterior. En nuestro caso el tratamiento ha consistido en la asociación de rifampicina y doxicilina durante 45 días a las dosis ya expuestas y reposo en cama durante el mismo período de tiempo. La indicación quirúrgica se mantiene sólo ante abscesos constituidos, lesiones muy destructivas a pesar del tratamiento médico correcto, complicaciones radiculares o medulares, necesidad de biopsia para diagnóstico o inestabilidades vertebrales. La monitorización de los títulos de aglutinaciones y la evolución clínica y radiológica mostrarán la eficacia de la terapéutica.

Hemos creído interesante la presentación de este caso por no reunir algunas de las características propias de la afectación brucelar raquídea. Se trata en primer lugar de una mujer, con domicilio en una zona no endémica, que acude al Hospital por una radiculalgia sin sintomatología infecciosa, con un «stop» en el estudio radioculográfico y ausencia de hallazgos radiológicos óseos en el primer es-

tadio, y en la que se confirmó con los estudios analíticos y evolución radiográfica, la presencia de una espondilitis brucelar. La rápida progresión de la destrucción discal y ósea, pudiera estar relacionada con el acto quirúrgico relatado.

BIBLIOGRAFIA

1. ROTHMAN, R. H.; SIMEONE, F. A. La columna vertebral. 2.^a Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1985, 796.
2. FARRERAS VALENTI P. y ROZMAN, C. *Medicina Interna*. Tomo II, Barcelona: Editorial Marin, 1982.
3. MAS GUERRERO, J. M.; GÓMEZ ZUBELDÍA, C.; CAMPOS MELENCHON, D.; BARTOLOMÉ DEL VALLE, E.; ANDÚJAR NAVAL, J. A. Artritis supurada de origen brucelar. A propósito de un caso. *Rev. Soc. And. Traum. Ort.* 1986, 6:55.
4. MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA, J. Manifestaciones osteoarticulares de la brucelosis. En: Encuentro Internacional sobre brucelosis. Madrid. Editorial Garsi, 1986:61.
5. LIFESO, R. M. y HARDER, E. Spinal Brucellosis. *J. Bone Jt. Surg.* 1985, 67-B:345.
6. PARRA GARCIA, J. L. y ROCA BAÑULS R. La brucelosis como primera causa infecciosa de afectación osteoarticular. *Rev. Ort. Traum.* 1976, 20IB:325.
7. GANADO, W. y CRAIG, A. J. Brucellosis mielopathy. *J. Bone Jt. Surg.* 1958, 40-A: 1.380
8. Editorial. *Brit. Med. J. News and notes: epidemiology, Brucellosis.* 1971, 3:197.
9. GONZÁLEZ HERMOSO, F.; FERRADEZ, PORTAL, L.; DE LA TORRIENTE ORIA F.; LÓPEZ URÁN STERN, L. y MERCHAN CIFUENTES, J. Infecciones piógenas vertebrales en el adulto. *Rev. Ort. Traum.* 1976, 20-IB:85.
10. DIGBY, J. M. y KERSLEY, J. B. Pyogenic nontuberculous spinal infections. An analysis of thirty cases. *J. Bone Jt. Surg.* 1979, 61-B:47.
11. PADRINO, J. M.; ROCES, A.; ZUBIETA, A. J.; MORRILLAS, L. y CASTILLO, A. Tratamiento de la brucelosis osteoarticular con trimetropim-sulfametoxazol. *Rev. Clin. Esp.* 1986, 178:51.
12. GOMAR, F. Patología quirúrgica osteoarticular. Valencia: Editorial Saber. 1973.
13. PEDRO PONS, A. La espondilitis melitocócica. *An. Med. (Barc)*, 1929, 23: 227.
14. SERAL, F.; ARRUEBO, F. T.; REMARTINEZ, J. M. y BAZAN, J. M. Espondilodiscitis postoperatorias. *Rev. Quir. Esp.* 1975, 2:383.
15. RAWLINGS, C. E.; WILKINS, R. H. y GALLIS, H. A. Postoperative intervertebral disc space infection. *Neurosurgery* 1984, 13:371.
16. GARCÍA RODRÍGUEZ, J. A. y DE POSTUGAL ALVAREZ, J. Comparación de tres regimenes diferentes en el tratamiento de la brucelosis aguda. En: Encuentro Internacional sobre Brucellosis. Madrid: Editorial Garsi, 1986:137.
17. BERTRAND, A. Estudio terapéutico en la brucelosis aguda mediante la asociación doxicilina-rifampicina. En: Encuentro Internacional sobre Brucellosis. Madrid: Editorial Garsi, 1986:119.