

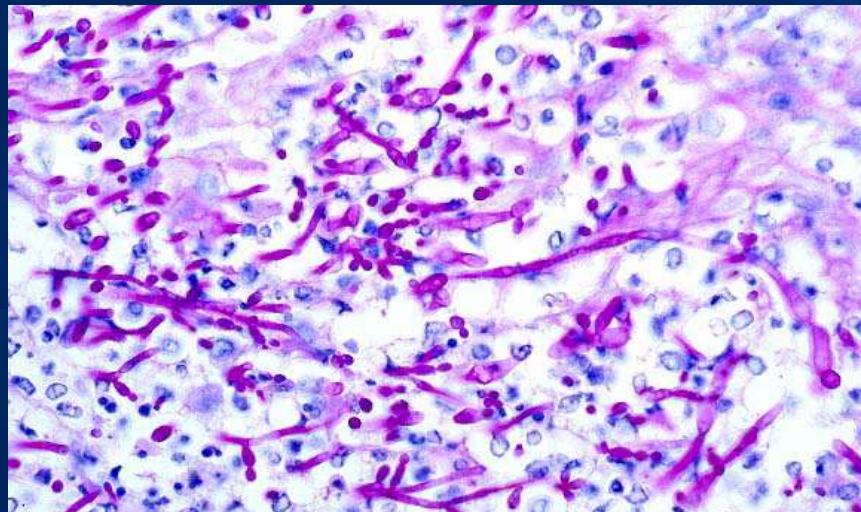
ESPONDILITIS POR CÁNDIDA TRAS CIRUGÍA UROLÓGICA

Romero Escribano. E, Prieto Rozados.B, Martínez Medina.RI, Bautista Emrique.D

Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

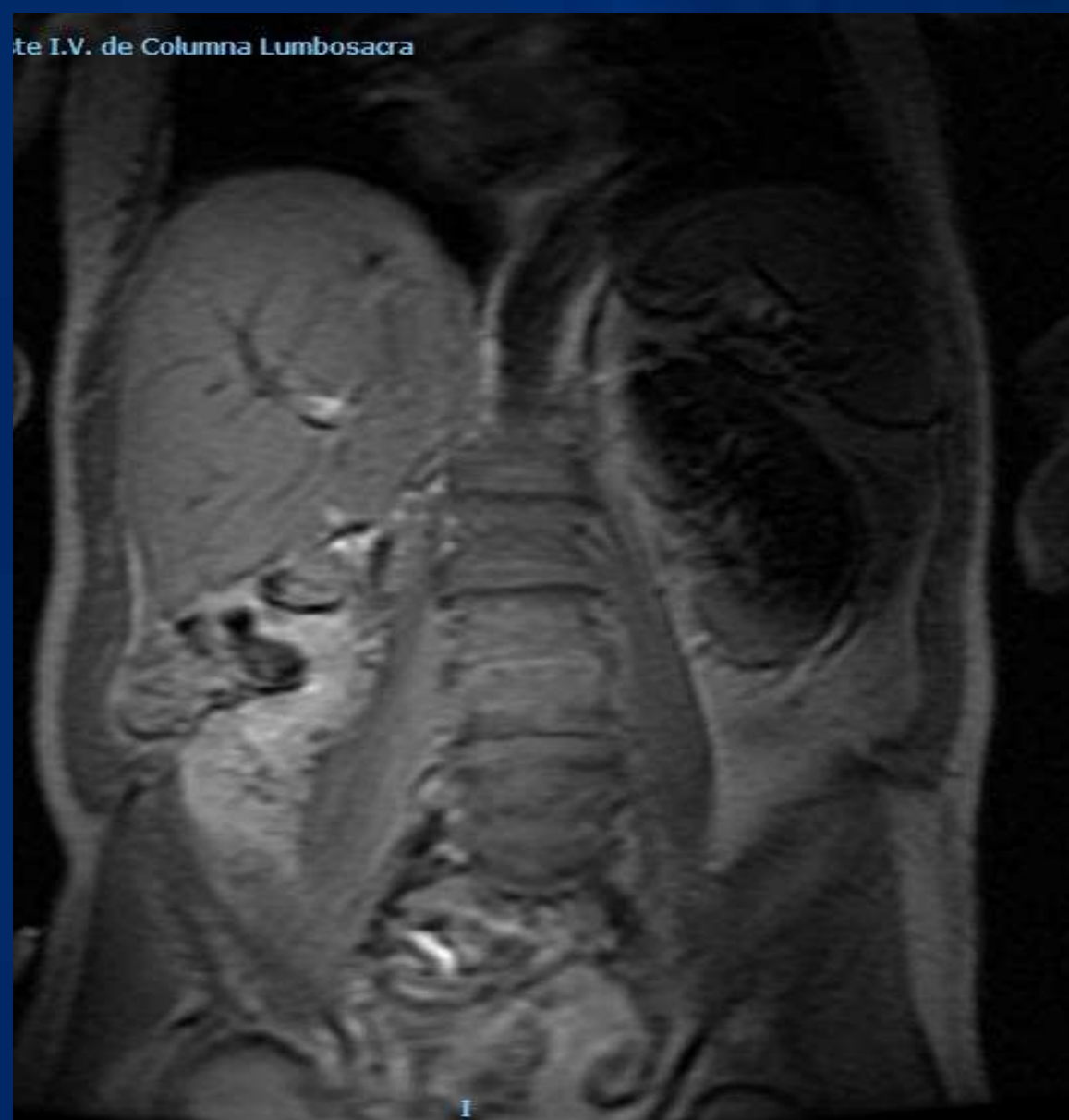
INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una infección del disco intervertebral y el cuerpo vertebral, puede extenderse al espacio epidural y/o áreas paravertebrales. Ocupan un 5% de todas las infecciones esqueléticas, la gran mayoría son de causa piógena o tuberculosa. La espondilodiscitis causada por Cándida es una infección infrecuente, aproximadamente el 1% , a pesar del incremento de los factores predisponentes. Es un microorganismo oportunista que suele afectar a pacientes con alguna alteración del sistema inmune.



CASO CLINICO

Se presenta el caso de un varón de 70 años años de edad, hipertenso, gatsritis, IAM hacía 10 años, e infecciones urinarias de repetición desde hace unos diez años, que se tratan frecuentemente con antibióticos, principalmente quinolonas. Antecedentes de tumor vesical con cistectomía prostatectomía, y hacía tres meses reintervención con nefroureterectomía derecha. El paciente en domicilio comienza a presentar lumbalgia y fiebre, por lo que es ingresado en urología para estudio, descubriéndose en TC abdomen una espondilitis L3-L4 con absceso perivertebral. La RM lumbar confirma el diagnostico de espondilodiscitis L3-L4-L5 con absceso paravertebral, ambos psoas, y espacio epidural anterior que ocasiona compresión nerviosa. El paciente continúa con fiebre, lumbalgia irradiada a ambos MMII, amiotrofia y debilidad bilateral, se pauta un tratmiento antibiótico empírico de amplio espectro, y el paciente continúa sin mejoría ni involución de infección en las imagenes radiológicas.



Ante esta situación se opta por desbridamiento quirúrgico para limpieza y toma de muestras, a través de vía posterolateral, se escinde disco L4-L5 y cuerpos afectados, realizando un lavado profuso, y finalmente se rellena con injerto autólogo de cresta iliaca. El resultado del cultivo resulto positivo a Candida Albicans en todas las muestras intraoperatorias.

Tras una semana de tratamiento antifúngico adecuado presenta mejoría tanto clínica, radiológica , reduciendo considerablemente el tamaño de los abscesos paravertebrales y epidurales, e injertos estables, siendo dado de alta con Fluconazol vía oral hasta completar ocho semanas, sin recidiva infecciosa

DISCUSIÓN

La espondilitis por candida se considera una entidad rara, con muy pocos casos encontrados en la literatura, a pesar de haber un incremento de los factores de riesgo en los últimos años. Se consideran factores de riesgo el uso de antibióticos de amplio espectro, tratamientos corticoideos, transplantes, catéter venoso central, inmunosupresión, hemodilálisis, hospitalización en Cuidados Intensivos, incluso el abuso de medicamentos intravenosos prolongados. Se ha descrito en literatura reciente (6), espondilitis por cándida asociada a herida abdominal por arma blanca, no habiendose encontrado ningún caso tras cirugía retroperitoneal, podría pensarse que el origen de la infección podría haber sido desencadenada tras esta cirugía, o bien asociada al abuso de antibióticos previamente por ITUs de repetición y secundariamente un estado de susceptibilidad a este tipo de opotunistas.

TABLA 2. Espondilitis infecciosa piógena: frecuencia relativa de los microorganismos causales

| Microorganismos | McHenry ⁶ | Sapico ⁷ | Carragee ⁸² | Pigrau ¹⁴ | Colmenero ²¹ | Nolla ²² |
|--|----------------------|---------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| Número de casos | 255 (%) | 154* (%) | 102* (%) | 91 (%) | 72 (%) | 64 (%) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 123 (48) | 85 (55) | 40 (39) | 37 (42) | 29 (41) | 23 (36) |
| <i>Streptococcus</i> spp. | 24 (9) | 13 (9) | 18 (18) | 26 (29) | 2 (3) | 13 (20) |
| <i>Staphylococcus</i> spp. coagulasa negativos | 17 (7) | 5 (3) | 18 (18) | 3 (3) | 9 (12) | 2 (3) |
| <i>Escherichia coli</i> | 30 (12) | 16 (10) | 7 (6) | 14 (15) | 8 (11) | 15 (23) |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 13 (5) | 9 (6) | 1 (1) | 1 (1) | 7 (10) | 3 (5) |
| Otros bacilos gramnegativos | 16 (6) | 21 (14) | — | 6 (6) | 3 (4) | 7 (11) |
| Bacterias anaerobias | 2 (1) | 5 (3) | 4 (4) | 0 (0) | 5 (7) | 1 (2) |
| Otras bacterias | 5 (3) | — | 2 (2) | 1 (1) | 1 (1) | 0 (0) |
| <i>Candida</i> spp. | 2 (1) | — | — | 3 (3) | 5 (7) | 0 (0) |
| Infección polimicrobiana | 20 (8) | 4 (2) | 12 (11) | 0 (0) | 3 (4) | 0 (0) |

*Solo se incluyen los casos en que el estudio microbiológico fue positivo.

La localización más frecuente es lumbar, seguida de columna torácica. La sintomatología suele ser inespecífica, siendo lo más frecuente el dolor espinal, puede haber fiebre en aproximadamente un tercio de los casos, y déficit neurológico en el 20%. EL cultivo su en sangre es positivo entre el 41-50% según diferentes estudios. Para delimitar estructuras afectadas por la infección y seguimiento es muy util la resonancia magnética. Respecto al tratamiento es fundamental el empleo de antifúngicos , los más recomendados son Anfotericina B y Azoles. Más del 50 % necesitan un desbridamiento quirúrgico, las indicaciones son deterioro neurológico progresivo, inestabilidad vertebral, fracaso del tratamiento antifúngico. La evolución suele ser favorable con una tasa de curación del 85-92% de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La espondilodiscitis por cándida es una entidad poco frecuente, de difícil diagnóstico y debe ser sospechada en pacientes de riesgo para un tratamiento óptimo lo más precoz posible, para ello se debe estar alerta y realizar una detallada anamnesis para detectar cualquier riesgo a dicha infección ante pacientes con sospecha de espondilodiscitis.

BIBLIOGRAFIA

- Health Care Associated Hematogenous Pyogenic Vertebral Osteomyelitis A Severe and Potentially Preventable Infectious Disease Carlos Pigrau, MD, Dolors Rodri´guez-Pardo, MD, Nuria Ferna´ndez-Hidalgo, MD, Laura Moreto´, MD, Ferran Pellise, MD, Maria-Nieves Larrosa, MD, Mireia Puig, MD, and Benito Almirante, MD. (Medicine 94(3):e365). ISSN: 0025-7974
- Fungal spondylodiscitis in a patient recovered from H7N9 virus infection: a case study and a literature review of the differences between *Candida* and *Aspergillus* spondylodiscitis*# Lie-dao YU\$, Zhi-yun FENG\$, Xuan-wei WANG, Zhi-heng LING, Xiang-jin LIN†‡ (Department of Orthopedic Surgery, the First Affiliated Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310003, China). Journal of Zhejiang University SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology) ISSN 1673-1581 (Print); ISSN 1862-1783 (Online)
- Espondilodiscite fúngica por *Candida albicans*: um caso atípico e revisão da literatura _ Álynson Larocca Kulcheskia,b,*, Xavier Soler Graells a,b, Marcel Luiz Benatoa,b, Pedro Grein Del Santoroa,b e André Luis Sebbena,b. © r e v b r a s o r t o p . 2 0 1 5; 5 0 (6):739–742
- Candida albicans spondylodiscitis following an abdominal stab wound: Forensic considerations Frederic Savall, MDa,*, Fabrice Dedouit, MD, PhD a,b, Norbert Telmon, MD, PhD a, Daniel Rougé, MD, PhD a. Journal of Forensic and Legal Medicine 23 (2014) 1e3
- Candida spondylodiscitis and epidural abscess: management with shorter courses of anti-fungal therapy in combination with surgical debridement S.L. Chiaa,*, B.H. Tanb, C.T. Tana, S.B. Tana. Journal of Infection (2005) 51, 17–23
- Candida dubliniensis spondylodiscitis in an immunocompetent patient. Case report and review of the literature. Medical Mycology Case Reports 3 (2014) 4–7
- Spondylodiscite mycosique Mycotic spondylodiscitis. Rachid Ammor1, & et Assou Aija. Pan Afr Med J. 2015; 22: 31.



55 CONGRESO
secot