

# Espondilodiscitis en paciente hemodializado portador de catéter venoso femoral

R. A. Novillo, O. Sánchez, N. Marigliano y A. Covarsí

Sección de Nefrología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Señor director:

La utilización de catéteres venosos femorales como acceso vascular transitorio en pacientes hemodializados puede originar complicaciones derivadas de su inserción o manipulación. Si bien la infección es una de las más frecuentes, es poco usual que un catéter femoral se comporte como foco séptico embolígeno y origine secundariamente una espondilo-discitis (ED), acompañada de absceso en psoas ilíaco, con septicemia y ulterior éxitus del paciente.

Nos referimos al caso de un varón de cincuenta años, con seis de permanencia en hemodiálisis periódicas, al que por infección y posterior trombosis del acceso vascular (FAV en codo derecho) se le insertaron dos catéteres en femoral derecha (tipo Shaldon, técnica Seldinger), que dos meses más tarde fueron sustituidos por otros debido a obstrucción por trombosis.

Tres semanas más tarde aparece fiebre elevada, con grave afectación de su estado general, por lo que se retiran los catéteres. A las cuarenta y ocho horas se añade al cuadro intenso dolor a nivel lumbosacro, tanto espontáneo como a la presión sobre L<sub>5</sub> y a la movilización de miembros inferiores.

En el cultivo de la punta del catéter y en el hemocultivo se aisló un *Estafilococo aureus*, iniciándose tratamiento con vancomicina y cefotaxima inmediatamente después de la retirada de los catéteres.

La radiografía y la ecografía no aportaron datos de interés, por lo que se practicó TAC abdominopelviano, que informó de la existencia de un pequeño absceso (1,5 cm de diámetro) en músculo psoas ilíaco izquierdo y un ED a nivel de L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, con colección purulenta que invadía el espacio interarticular y desplazaba el ligamento vertebral anterior.

A pesar del tratamiento, el paciente empeoró progresivamente, falleciendo en shock séptico a los trece días de iniciado el cuadro febril.

Los déficit inmunitarios y la violación periódica de la barrera protectora cutánea exponen a los hemodializados a problemas infecciosos graves<sup>1</sup>. La permanencia durante largo tiempo de catéteres endovenosos, su cambio a través de guía y los deficientes cuidados de enfermería favorecen la recurrencia de dichas infecciones que, como en este caso, pueden acarrear consecuencias irreparables.

Que un catéter femoral se comporte como foco infeccioso y origine una ED es infrecuente, pero esperable, dada la relación anatómica entre las venas pelvianas y los plexos epidurales y paravertebrales<sup>2</sup>. Si bien el émbolo séptico puede asentarse en cualquier otra articulación<sup>2, 5</sup>, la L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> es la más frecuentemente afectada.

Coincidimos con las series de Sapico<sup>3</sup> (55 %) y David Chaussé<sup>4</sup> (42 %) en que el *Estafilococo aureus* es el germen causal más frecuente de las ED no tuberculosas.

El diagnóstico se basa en la TAC y la gammagrafía ósea con Tc<sup>99m</sup>, ya que la ecografía no es concluyente y la radiología no aporta datos hasta transcurridos dos semanas<sup>2</sup>.

A pesar del diagnóstico precoz y la instauración rápida del tratamiento, el pronóstico es malo<sup>5</sup>, por lo que la mejor terapéutica es prevenir la infección.

## Bibliografía

1. Leonard A, Comty CM, Shapiro FL y Raji L: Osteomyelitis in hemodialysis patients. *Ann Intern Med* 78:651-658, 1973.
2. Gougeon J: Spondylodiscitis non tuberculeuses. *Encycl Med Chir* (París). Appareil Locomoteur, 15860 A<sup>10</sup>, 12-12, 1984.
3. Sapico FL y Montgomerie JZ: Pyrogenic vertebral osteomyelitis: report of nine cases and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1:754-776, 1979.
4. David Chaussé J, Dehais J y Boyer M: Les infections articulaires chez l'adulte. Atteintes périphériques et vertebrales à germens banals et à bacilles tuberculeux. *Rev Rheum* 48, 1:69-76, 1981.
5. Pérez Pérez AJ, Sobrado Eiján JA, Courel Barrio MA, Cigarrán Guldris S y González Rodríguez L: Osteoartritis séptica en pacientes en hemodiálisis periódica. *Nefrología* 4:309-312, 1984.

Correspondencia: R. A. Novillo Santana.  
Sección de Nefrología.  
Hospital General del Insalud San Pedro de Alcántara.  
Avda. Millán Astray, s/n.  
10003 Cáceres.