

Infección espinal y discitis

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

El principal signo de una infección espinal es un dolor que no cede. Por lo general, se localiza en una zona concreta de la espalda o el cuello, y persiste día tras día. El descanso, el calor o los analgésicos que normalmente toma no logran aliviarlo. La zona suele ser sensible al tacto, y los músculos circundantes pueden sentirse tensos o contraídos. Mover esa parte de la columna se vuelve más difícil; por eso, girarse en la cama, levantarse de una silla o mirar por encima del hombro requiere un esfuerzo considerable.

El dolor suele intensificarse por la noche y puede despertarlo. También puede empeorar después de hacer ejercicio o al despertar por la mañana. Algunas personas sienten fiebre o malestar general, pero muchas no; esto contribuye a que esta afección pase desapercibida. El dolor de espalda sin fiebre puede parecer un problema lumbosacro común en las primeras radiografías, motivo por el cual el diagnóstico suele retrasarse. En promedio, transcurren entre dos y seis meses desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico; los retrasos de 6 a 12 semanas son frecuentes.

A diario, el dolor tiende a limitar cualquier actividad que ejerza presión sobre la columna. Sentarse durante una comida, permanecer de pie mientras cocina, levantar ropa mojada o conducir más de un corto trayecto pueden volverse difíciles. Algunas personas prefieren no sentarse en absoluto y optan por estar acostadas o de pie.

Si la infección comienza a presionar los nervios de la columna, pueden aparecer nuevos síntomas: dolor u hormigueo que se extienden por un brazo o una pierna, debilidad en alguna extremidad o dificultad para controlar la vejiga. Aproximadamente una de cada tres personas con esta afección desarrolla algún problema neurológico. La aparición de debilidad, entumecimiento o cambios en la función vesical requiere atención urgente; por ello, si se presentan, comuníquese de inmediato con su cirujano o con el hospital.

Tiene mayor riesgo de desarrollar una infección espinal si padece diabetes, fuma, tiene otra infección en alguna parte del cuerpo, ha sido sometido previamente a cirugía de columna o cuenta con un sistema inmunitario debilitado.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Una infección espinal se produce cuando bacterias penetran en los huesos de la columna o en el disco intervertebral. El disco que se encuentra entre dos vértebras funciona un poco como un amortiguador, permitiendo que la columna se doble y soporte cargas. El disco cuenta con muy poco riego sanguíneo propio; por eso obtiene sus nutrientes absorbiéndolos del hueso adyacente. Este flujo lento de nutrientes también facilita la propagación de infecciones: normalmente, las bacterias comienzan en el hueso de una vértebra y luego se filtran al disco y al hueso del otro lado. Los médicos denominan osteomielitis a la infección ósea, y discitis a la infección del disco.

Por lo general, las bacterias llegan a través del torrente sanguíneo desde otra zona del cuerpo; con frecuencia se trata del germen cutáneo *Staphylococcus aureus*. En ocasiones, penetran directamente, por ejemplo a través de una herida, una úlcera, durante una cirugía de columna o una inyección. Dado que la infección se encuentra en lo profundo del hueso, el cuerpo no puede aislarla fácilmente. El hueso y el disco se inflaman y comienzan a degradarse; por eso el dolor es constante, empeora por la noche y no mejora con el reposo, tal como se describió anteriormente.

En la mayoría de los casos, la infección permanece en la parte anterior de la columna, es decir, en los huesos y discos que soportan la carga. No obstante, puede propagarse. El pus puede acumularse junto a la médula espinal, en el espacio que rodea a los nervios, formando una bolsa infecciosa llamada absceso epidural. Esa bolsa ejerce presión sobre los nervios, lo que provoca debilidad en brazos o piernas, entumecimiento o problemas urinarios. Estos síntomas requieren atención urgente.

La buena noticia es que la mayoría de las infecciones espinales se resuelven con antibióticos y un soporte lumbar, sin necesidad de cirugía. La intervención quirúrgica se reserva para casos específicos: cuando un absceso comprime los nervios, cuando la infección no responde a los antibióticos, cuando la columna se vuelve inestable o deforme, o cuando se necesitan muestras de tejido para identificar el germen.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, trata las infecciones de la columna adaptando el tratamiento según el grado de avance de la infección. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. Una evaluación clínica, que incluye su historia clínica, un examen físico y estudios de imagen si es necesario, permite establecer el diagnóstico.

El tratamiento de primera línea consiste en antibióticos administrados por vía intravenosa, generalmente durante al menos 6 semanas, seguidos de tratamiento con comprimidos. Durante este período, el paciente debe mantenerse activo y en movimiento. Con frecuencia también se coloca un corsé o soporte lumbar para mantener la columna estable mientras cicatriza. En caso de infección en la zona lumbar, se utiliza un soporte lumbosacro; para la región torácica, un corsé toracolumbar o un corsé de extensión Jewett. Con los antibióticos adecuados y el soporte correspondiente, la mayoría de las infecciones se resuelven sin necesidad de cirugía. Si se

ha formado un absceso junto a los nervios pero no ejerce presión sobre ellos, se sigue el mismo plan: al menos 6 semanas de antibióticos intravenosos, seguimiento riguroso de los marcadores sanguíneos y re-evaluaciones de la función nerviosa, además del uso de un soporte para la columna.

La cirugía se considera cuando los antibióticos no surten efecto, cuando se requieren muestras de tejido para identificar el agente infeccioso, cuando la columna se vuelve inestable o se deforma, o cuando aparecen problemas neurológicos como debilidad, entumecimiento o alteraciones urinarias. Los abscesos que comprimen los nervios también se tratan mediante cirugía. El objetivo es drenar el pus, extirpar el hueso infectado y estabilizar la columna durante la cicatrización. En ocasiones se emplea hueso extraído de otra zona del cuerpo, hueso donado o una malla ósea para rellenar el espacio resultante; además, se utilizan tornillos y barras para fijar los segmentos vertebrales adyacentes. Aproximadamente la mitad de los pacientes con esta afección terminan necesitando cirugía. Cuando esta es necesaria, también permite que el paciente recupere la movilidad mucho antes.

Qué esperar

La mayoría de las infecciones de la columna se resuelven con tratamiento. Para la mayoría de las personas, los antibióticos y un soporte lumbar son suficientes; la columna permanece estable y conserva su forma. Si usted tiene menos de sesenta años, su sistema inmunitario funciona bien y los marcadores sanguíneos de inflamación empiezan a disminuir, el pronóstico con antibióticos solos es más favorable.

La recuperación es lenta; es importante tenerlo en cuenta desde el principio. La infección se encuentra profundamente en el hueso, por lo que pasan semanas o meses hasta que el dolor disminuye y el hueso vuelve a unirse. Deberá tomar antibióticos durante al menos 6 semanas, a menudo más tiempo, y se le realizarán análisis de sangre y controles periódicos para evaluar la respuesta a la infección. Muchas personas notan que el dolor disminuye gradualmente durante ese período, aunque puede persistir cierta sensibilidad y rigidez.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con esta afección terminan necesitando cirugía. Cuando la intervención se realiza a tiempo, los pacientes refieren menos dolor lumbar y una mejor funcionalidad diaria al cabo de un año, en comparación con quienes recibieron solo tratamiento antibiótico. La cirugía también permite reincorporarse a las actividades cotidianas más rápidamente.

Si la infección no se trata, no desaparece por sí sola. Puede seguir destruyendo hueso y discos, provocando inestabilidad o deformación de la columna, e incluso propagarse. Un absceso junto a los nervios puede causar debilidad o parálisis permanentes; una vez que la médula espinal resulta dañada, ese daño es irreversible. De no tratarse, esta afección puede ser mortal: entre el 2 % y el 17 % de los pacientes fallecen en el hospital a causa de ella; este riesgo aumenta si hay afectación nerviosa o si la infección se extiende hacia el tórax.

Existen factores que incrementan la probabilidad de complicaciones nerviosas graves: diabetes, artritis reumatoide, edad avanzada y presencia de infección en zonas superiores de la columna. Si nota debilidad nueva, entumecimiento o cambios en la función vesical, comuníquese de inmediato con su cirujano o con el hospital. Si se detecta y trata a tiempo, la mayoría de los pacientes logran una columna estable sin daños neurológicos permanentes.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si padece dolor de espalda o cuello que no mejora, especialmente si también tiene fiebre o se siente mal en general. Esto es aún más importante si usted tiene diabetes, fuma, padece otra infección en alguna parte del cuerpo, o ha tenido recientemente una cirugía de columna o una inyección cerca de la columna vertebral. Solicite una evaluación por parte de un especialista si su médico sospecha de una infección espinal, ya que cuanto antes se detecte, más sencillo será el tratamiento.

Vaya de inmediato a urgencias si aparece debilidad nueva en un brazo o una pierna, entumecimiento reciente, o dificultad para controlar la vejiga o los intestinos. Estos síntomas indican que la infección podría estar comprimiendo la médula espinal o los nervios, y requieren evaluación el mismo día. Un absceso junto a los nervios puede provocar debilidad o parálisis permanentes, y el daño a la médula espinal no tiene remedio; por eso no espere a ver si mejora por sí solo.

También busque atención urgente si el dolor se vuelve intenso y es diferente a cualquier dolor que haya experimentado antes, o si no puede soportar peso con una pierna o usar un brazo con normalidad.