



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-037 - ESPONDILODISCITIS TORÁCICA RESISTENTE A TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SECUNDARIA A PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN PACIENTE CON CARCINOMA ESOFÁGICO: ESTERNOTOMÍA, CORPECTOMÍA Y REPARACIÓN CON COLGAJO DE PECTORAL MAYOR

S. García Martín, O.L. Gil de Sagredo de Corral, C. Fernández Carballal, J.M. Garbizu Vidorreta, A. Moreno Gutiérrez, M. Fernández Fernández, J.M. Hernández Poveda, S. Martín García, L. de la Fuente Regaño, D. Romero Requena, M. Macias de la Corte Hidalgo, R. García Leal

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La espondilodiscitis constituye una entidad infrecuente, suponiendo el 3-5% de las osteomielitis. Su sintomatología inespecífica dificulta y retrasa su diagnóstico. La diseminación por contigüidad es poco frecuente, siendo más habitual la hematógena. El tratamiento es eminentemente médico pero la cirugía tiene un papel importante en caso de fracaso del mismo, compresión nerviosa o inestabilidad.

Caso clínico: Paciente de 69 años con antecedente de carcinoma esofágico pobremente diferenciado tratado mediante quimioterapia y radioterapia con intención radical. Tras el tratamiento la paciente presenta estenosis rádica grave que requiere colocación de endoprótesis que produce una úlcera por decúbito y espondilodiscitis T1-T2 secundaria. En resonancia magnética se objetiva defecto en pared posterior esofágica con trayecto aéreo comunicado con espacio discal T1-T2 y pérdida de altura de los cuerpos vertebrales afectados. Tras aislamiento de *Enterobacter cloacae* en hemocultivos se inicia tratamiento antibiótico sin mejoría del dolor ni datos de mejoría radiológicos o analíticos por lo que se decide tratamiento quirúrgico conjunto con otorrinolaringología y cirugía torácica mediante esternotomía, corpectomía T1-T2, colocación de cilindro intersomático expansible y placa cervical anterior atornillada (C7-T3). Posteriormente se repara defecto esofágico (11 × 15 mm) mediante sutura de colgajo de músculo pectoral anterior. En un segundo tiempo quirúrgico se lleva a cabo abordaje posterior, realizándose artrodesis cervicodorsal (C4-D6) guiada con neuronavegación. Tras la cirugía es extubada en quirófano e ingresa en unidad de reanimación donde evoluciona favorablemente con mejoría significativa del dolor y sin presentar focalidad neurológica. En muestras quirúrgicas se aísla *S. viridans*, *S. oralis* y *H. influenzae*, por lo que se ajusta antibioterapia.

Discusión: La espondilodiscitis es una patología infrecuente en nuestro medio, pero con importante morbilidad. En este caso presentamos una paciente con una espondilodiscitis secundaria a una fístula esofágica con evolución tórpida, tratada mediante cirugía consiguiéndose remisión del dolor, estabilización de la columna, diagnóstico microbiológico y resolución la infección.