Neurocirugia. 2025;36(Supl 1):S98

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-043 - ESPONDILODISCITIS FÚNGICA COMO COMPLICACIÓN DE FÍSTULA DE LCR POSQUIRÚRGICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A.D. Tapia Moscoso, P.A. Garrido Ruíz, J. Pérez Suárez, D. Pascual Argente, R. Uriel Lavin, L. Ruíz Martín, L. Torres Carretero, J.C. Roa Montesdeoca, D.A. Arandia Guzmán, A. Otero Rodríguez, A.B. Carpio Bojorque, D.R. Rodríguez Cedeño, A. García Martín, L. Cid Mendes

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción: *Candida albicans* excepcionalmente puede causar espondilodiscitis, especialmente en pacientes predispuestos por diversos condicionantes médicos. Presenta mayor comorbilidad que las bacterianas debido a su baja incidencia, teniendo buena respuesta al tratamiento antifúngico si es diagnosticada adecuadamente. Exponemos un caso clínico de una patología muy infrecuente, Revisión de los factores predisponentes y la evolución de esta patología. Revisión de la historia clínica, pruebas radiológicas y literatura referente a esta enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 52 años intervenida para exéresis endoscópica de meningioma selar, complicada con fistula de líquido cefalorraquídeo tratada mediante drenaje lumbar externo y antibioticoterapia prolongada tras diagnóstico de meningitis bacteriana. Reingresada por lumbalgia, fiebre y debilidad en piernas de semanas de evolución, con PCR y VSG elevadas. En las pruebas de neuroimagen se objetivan hallazgos incipientes de espondilodiscitis en espacio L4-L5, confirmada tras biopsia y cultivo positivo para *Candida albicans*. Se prescribe tratamiento antifúngico con fluconazol y anfotericina B, este último sustituido por anidulafungina por fracaso renal agudo, siendo dada de alta a domicilio con fluconazol durante 6 semanas más, con buena evolución analítica y clínico-radiológica. *Candida* supone el 1-7% de las espondilodiscitis, afectando mayoritariamente a pacientes con candidemia, inmunocomprometidos, portadores de catéteres y uso de antibioticoterapia prolongada. Topográficamente, prevalece la afectación lumbar, presentándose como un cuadro larvado de lumbalgia y fiebre, con elevación de reactantes de fase aguda. La resonancia magnética espinal aporta información relevante, siendo necesaria la biopsia para un adecuado diagnóstico microbiológico. El tratamiento conservador con antifúngicos de forma prolongada suele ser suficiente para la curación, siendo infrecuentes las cirugías de rescate.

Discusión: Debemos considerar esta patología dentro del diagnóstico diferencial en pacientes predispuestos, ya que, al ser infradiagnosticada, la demora en el inicio del tratamiento antifúngico provoca un importante aumento de la morbimortalidad y el riesgo de precisar posteriores intervenciones quirúrgicas.

1130-1473/© 2025 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.