

# Diagnóstico diferencial entre espondilodiscitis y neuroartropatía espinal, a propósito de un caso.

de la Cruz Gutiérrez, Lidia; Ruiz Villanueva, Luis Antonio; Gallego Diez, Leticia; Fernández González, Manuel; Betegón Nicolás, Jesús.

**Complejo Asistencial Universitario de León**

## Introducción.

La neuroartropatía espinal o enfermedad de Charcot vertebral, se caracteriza por una destrucción rápida y aséptica vertebral, junto con una alteración de la inervación propioceptiva de las articulaciones afectadas. Se ha relacionado con lesiones medulares crónicas tras traumatismos, siringomielia, neuropatía diabética y con enfermedades del ámbito reumatológico. En su diagnóstico diferencial se incluye la espondilodiscitis, por compartir una clínica y pruebas de imagen susceptibles de confusión.

## Objetivo.

Presentar un caso de neuroartropatía espinal y su diagnóstico diferencial con espondilodiscitis.

## Material y metodología.

Paciente mujer de 65 años con antecedentes de artritis reumatoide severa que refiere lumbalgia de un mes y medio de evolución, sin respuesta a tratamiento conservador y sin traumatismo previo. En la exploración presenta parestesias en muslo derecho y dolor a la flexoextensión en región lumbar. Afebril durante todo el proceso. Presencia de leucocitosis y elevación de parámetros inflamatorios-infecciosos. Se realiza estudio radiográfico que ante los hallazgos sugestivos de espondilodiscitis en región de L3-L4 y fusión espontánea L4-L5 se amplía mediante TAC, RMN, gammagrafía y biopsia vertebral, siendo las mismas compatibles con la sospecha inicial (*Fig1*). No obstante, los cultivos vertebrales fueron negativos, incluyendo micobacterias, así como las distintas serologías.



*Fig.1 TAC (IZQ): Acuñaamiento L3 y L4 con fusión de L4-L5.; RMN (T2) (DCH): espondilodiscitis L3,L4 y cambios inflamatorios prevertebrales y paravertebrales con compromiso del saco.*

## Resultados.

Dada la negatividad de los cultivos y la mejoría clínica inicial con el ajuste analgésico, se decide tratamiento conservador y seguimiento de parámetros inflamatorios. Posteriormente se produce un empeoramiento del dolor por lo que se decide la realización de una artrodesis posterior desde T12 hasta iliacos, corpectomía de L3 y TLIF L5-S1 biportal, que se amplía en un segundo tiempo hasta T9 por fallo en la unión proximal (*Fig.2*). Tras la resolución de la dehiscencia e infección de la herida quirúrgica la paciente presenta buena evolución en momento actual.



*Fig.2 Radiografías postoperatorias AP (IZQ) y LAT (DCH): artrodesis T9-iliacos, corpectomía L3, TLIF L5-S1 biportal.*

## Conclusiones.

El diagnóstico diferencial entre espondilodiscitis y la neuroartropatía espinal basado en técnicas de imagen y la clínica no resulta fácil en muchas ocasiones. Será esencial tener en cuenta los antecedentes del paciente, el resultado de las pruebas anatomopatológicas y microbiológicas. No debemos olvidar que la superposición de ambas patologías es frecuente.