

NEUROLOGÍA

PARÁLISIS POR DISCOESPONDILITIS L6-L7 SECUNDARIA A OTITIS CRÓNICA

A. Recio

CLINICA VETERINARIA LEVANTE S.L.

Caso clínico

Introducción y caso clínico

La discoespondilitis consiste en una inflamación del disco intervertebral con afección del tejido óseo adyacente: fisitis si afecta a una sola epífisis y espondilitis si afecta al cuerpo vertebral. La inflamación suele ser debida a un proceso infeccioso, raramente debido a una infección ósea primaria, más frecuentemente debido a extensiones por focos contiguos (postquirúrgicos, prostatitis...) y principalmente por diseminación hematogénica. Nos fue remitido un perro macho de raza Cocker spañiel de 9 años, no castrado, con un cuadro de parálisis flácida del tercio posterior. La historia clínica de un mes de evolución refleja un cuadro de paresia que ha progresado a parálisis. Crisis de paresia leves hace años. Ha sido tratado con corticoides varias semanas, con leve mejoría al principio. El examen físico y neurológico muestra postración, parálisis flácida del tercio posterior, sin fiebre y con dolor en la zona lumbosacral (agresividad).

Los reflejos espinales y el dolor profundo están disminuidos. Estos hallazgos sugieren una lesión de Neurona Motora Inferior, caudal a L3.

El animal presenta además una amputación traumática (por mordedura) de la oreja izquierda, producida hace años, con otitis supurativa crónica.

En el estudio radiográfico se aprecia una alteración de la zona ventral de la articulación L6-L7, con presencia de inflamación del disco y alteración del cuerpo vertebral. El hemograma es normal y la bioquímica sanguínea tan sólo un aumento de la ALKP que sería secundaria al uso prolongado de corticoides.

La punción lumbar refleja un líquido cefalorraquídeo con leve aumento de la población celular (>2/ml) y presencia de neutrófilos degenerados.

Se realiza un cultivo ótico, positivo

a *Pseudomonas spp.* y *Malassezia pachidermatis*.

El antibiograma y antifungograma muestran una sensibilidad principalmente al trimetoprim-sulfametoxazol y cefalexinas y al ketoco-nazol.

El cuadro clínico y las pruebas realizadas sugieren un diagnóstico de discoespondilitis infecciosa compatible con una diseminación hematogénica de la otitis crónica, por lo que se inicia un tratamiento combinado de Cefalexina (30 mg/kg /12 h.)+ trimetoprim-sulfametoxazol (septrim, 20 mg/kg/12 h.) + Ketoconazol (15 mg/kg/12 h.) La revisión a los 15 días muestra una mejoría notable con leve paresia y recuperación del dolor profundo así como los reflejos espinales. Ya no hay dolor a la palpación. A los 45 días la recuperación neurológica es completa, por lo que se suprime definitivamente el tratamiento.

Discusión

El dolor agudo de columna es el signo clínico más habitual de las discoespondilitis. Pero la extensión de la infección puede llegar a las meninges o a la médula colindante, incluso en algunos casos producir compresiones medulares por la formación de tejido de granulación o por desplazamientos vertebrales por inestabilidad, apareciendo sintomatología neurológica (ataxia, paresia y parálisis). La región torácica y la lumbosacra son normalmente las más afectadas. Las pruebas radiológicas suelen ser bastantes diagnósticas siempre que hayan transcurrido más de 15 días desde el origen de la infección. Para diagnósticos más precoces el TAC y la resonancia son de gran ayuda. En casos de afección neurológica se debe proceder a la extracción de LCR e incluso a la mielografía para descartar compresiones medulares. La presencia de una discoespondilitis debe advertirnos de que el origen infeccioso



puede ser sistémico, por lo que se debe realizar una profunda anamnesis y frecuentemente se establecen relaciones con antiguos focos infecciosos (piel, cavidad oral, vías respiratorias, próstata, aparato genital...) Por esta razón los cultivos realizados en sangre u orina pueden, en ocasiones, aportar información sobre el agente etiológico. La aspiración directa del foco de lesión sería la única que confirmaría directamente la etiología, pero sus condiciones técnicas (punción bajo fluoroscopia o TC) la hacen menos práctica. En este caso y ante la presencia de una grave infección ótica crónica sin tratamiento previo y descartando otros procesos infecciosos aparentes, se estableció que la muestra ótica sería la mejor fuente de cultivo para localizar el agente etiológico de la discoespondilitis. La respuesta inmediata a la antibioterapia con la remisión del cuadro neurológico, del dolor, así como de la propia otitis, permitieron confirmar tanto el diagnóstico como su origen y etiología.

Bibliografía

- Oliver. Handbook of veterinary neurology. Saunders 3ª ed. 1997; 155-156.
- Platt. Manual de neurología práctica. Multimédica, 2003; 180-182.
- V. Lorenzo, Marco B. Neurología del perro y del gato. Intermédica, 2007; 332-337.