

### Osteomielitis vertebral como presentación atípica de una infección neumocócica en un paciente infectado por VIH

***infecciones por VIH, infecciones neumocócicas, osteomielitis, columna vertebral***

**Sr. Director:** Las infecciones bacterianas son frecuentes en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>1</sup>, siendo *S. pneumoniae* uno de los principales patógenos implicados<sup>2</sup>. Estas infecciones son de localización fundamentalmente respiratoria, aunque se han comunicado la aparición de infecciones bacterianas en localizaciones inusuales. Históricamente la osteomielitis por *S. pneumoniae* se ha caracterizado por ser un proceso extraordinariamente infrecuente como forma de presentación de infección neumocócica<sup>3</sup>. Se presenta un caso de osteomielitis vertebral por *S. pneumoniae* en un paciente infectado por el VIH.

Varón de 35 años de edad que ingresó para estudio de lumbalgia. Entre sus antecedentes destacaban: infección por VIH conocida desde junio de 1991, promiscuidad sexual y el haber sido usuario de drogas por vía parenteral; no había evidencias de infecciones oportunistas previas. En diciembre de 1994 ingresó por lumbalgia de intensidad creciente de unos 5 meses de evolución con irradiación hacia ambas crestas ilíacas, mejorando con el reposo e incrementándose con la deambulación y la movilización. En el examen físico presentaba adenopatías laterocervicales de pequeño tamaño, no dolorosas y limitación de la movilidad de la columna lumbar con palpación dolorosa de las apófisis espinosas de las últimas vértebras lumbares, siendo el resto de la exploración normal. En la analítica destacaba: leucocitos  $4,9 \times 10^9/l$ , neutrófilos  $2,9 \times 10^9/l$ , linfocitos,  $1,4 \times 10^9/l$ , hemoglobina 107 g/l, VSG de 120 mm/h, GGT 252 U/l, FA 334 U/l y linfocitos CD4: 362 c/μl. Las serologías para *Lúes*, *Salmonella* y *Brucella* fueron negativas. El estudio radiológico de columna dorsolumbar evidenciaba una espondilodiscitis en las últimas vértebras lumbares. La gammagrafía ósea puso de manifiesto hipercaptación del radiotrazador en L3-L5 y la tomografía computarizada (TC) de columna lumbar objetivó signos de espondilodiscitis con afectación del espacio L3-L4 hasta L5-S1, donde se observaba una colección flemonosa que se extendía a lo largo de la columna vertebral en el espacio prevertebral. Una radiografía de tórax y un estudio ecográfico abdominal fueron normales. Se procedió a punción biopsia percutánea del disco L4-L5 y del cuerpo vertebral de L4, aislándose en el material obtenido *S. pneumoniae* sensible a penicilina con una CMI de 0,016 μg/ml; la investigación de micobacterias y hongos, así como el cultivo en medio de Castañeda, fue-

ron negativos. El enfermo fue tratado con dosis elevadas de penicilina por vía intravenosa (4 millones U/4 h) e inmovilización, continuando tratamiento domiciliario con ceftriaxona a dosis de 2 g/día intramuscular hasta completar 12 semanas de tratamiento, momento en el que se encontraba totalmente asintomático y una nueva TC de columna lumbar evidenció regresión de la mayor parte de las lesiones anteriormente descritas.

En los últimos años, la afectación osteomuscular y concretamente la osteomielitis vertebral por *S. pneumoniae* ha pasado a ser un hecho excepcional y hasta la actualidad sólo se han comunicado casos esporádicos<sup>4</sup>. No obstante, desde el inicio de la infección por el VIH se ha observado una mayor incidencia de infección neumocócica, sobre todo en estos enfermos, y a veces con localizaciones atípicas<sup>5</sup>, que probablemente estén en relación con la mayor incidencia de bacteriemia que presentan estos pacientes<sup>6</sup>. Se consideran factores predisponentes para la osteomielitis neumocócica la existencia de traumatismos previos, alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la anemia de células falciformes<sup>5,7</sup>. El acceso del *S. pneumoniae* al foco séptico debe de ser a partir de una bacteriemia, aunque en este enfermo los hemocultivos fueron negativos, no existía historia de fiebre antes de este ingreso ni evidencia de infección respiratoria previa; además, había abandonado varios años antes la drogadicción parenteral activa.

A. Clavo Sánchez, M. Geraldía Lama,  
A. Serrano González y J.A. Girón González

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario  
Puerta del Mar. Cádiz.

1. Moreno S, García-Leoni ME. Neumonía neumocócica y VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1991; 9: 263-264.
2. Janoff EN, Breiman RF, Daley CL, Hopewell PC. Pneumococcal disease during HIV infection. Epidemiologic, clinical and immunologic perspectives. *Ann Intern Med* 1992; 117: 314-324.
3. Waldvogel FA, Vasey H. Osteomyelitis: the past decade. *N Engl J Med* 1980; 303: 360-370.
4. Kutas LM, Duggan JM, Kauffman CA. Pneumococcal vertebral osteomyelitis. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 286-290.
5. Leon M, Ramos M, Saavedra J, Domínguez A, Ferrer T, Pujol E. Artritis esternoclavicular por *S. pneumoniae* en pacientes con infección por VIH. *Ann Intern Med* 1994; 11: 395-397.
6. Schuchat A, Broome CV, Hightower A, Costa SJ, Parkin W. Use of surveillance for invasive pneumococcal disease to estimate the size of the immunosuppressed HIV-infected population. *JAMA* 1991; 265: 3.275-3.279.
7. Torda AJ, Gottlieb T, Bradbury R. Pyogenic vertebral osteomyelitis: analysis of 20 cases and review. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 320-328.