

PRESENTACIÓN DE ENFERMOS, RADIOGRAFÍAS E INSTRUMENTOS

Canal estrecho lumbar secundario a espondilitis infecciosa subclínica como consecuencia de una cesárea infectada trece años antes. Presentación de un caso

Dres. ALEJO VERNENGO LEZICA, OSCAR E. RODRÍGUEZ*

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la osteomielitis vertebral³ es del 2 al 4% de las osteomielitis piógenas esqueléticas.

Muchos microorganismos pueden producir infecciones vertebrales (*Staphylococcus aureus*, *Brucella*, *Escheñchia coli*, *Aerobactus*, *Pseudomona*, etc., y aun hongos y parásitos) pero por lejos la más común es la tuberculosis⁸.

La infección de la columna vertebral puede llevar a la destrucción de los cuerpos vertebrales y causar deformidades, irritación o compresión de estructuras nerviosas y dolor invalidante³.

CASO CLÍNICO

A.M., de 59 años, consulta en el Hospital de San Isidro en julio de 1993 por lumbalgia irradiada a cara posterior de ambos miembros inferiores con imposibilidad para deambular más de 100 metros.

Como antecedente, en el año 1978 fue sometida a una cesárea, presentando una complicación infecciosa profunda que tardó 10 meses en curar por segunda.

En 1985 fue estudiada en otro hospital, donde se le realizó una biopsia descartándose lesión tumoral, dando negativos los cultivos para *Salmonella*, *Brucella* e hidatidosis, y aunque el test de Man-toux dio positivo no pudo ser probada infección tuberculosa en pulmón (esputo y radiografía

de tórax negativos) ni en vías urinarias (cultivo de orina) y no existían antecedentes de tuberculosis en la familia.

La paciente fue internada en julio de 1993 con buen estado general, sin fiebre, radiografía de tórax normal, eritrosedimentación 10 mm y el resto de los análisis de rutina eran normales.

El examen físico presentaba pérdida de la lordosis lumbar fisiológica, dolor a la extensión de



Figura 1A

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital de San Isidro, J. J. Díaz 818, San Isidro, Provincia de Buenos Aires.

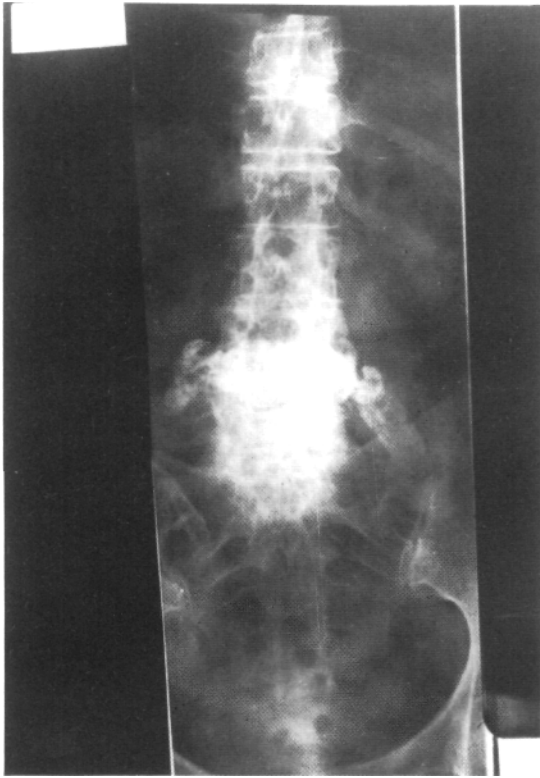


Fig. 1B



Fig. 2A

columna, contractura de músculos paraespinales, hiporreflexia aquiliana bilateral, disminución en la dorsiflexión y plantiflexión del hallux bilateral

y disminución de la sensibilidad en territorio de las raíces L4 y L5 en forma bilateral. La función vesical e intestinal era normal.

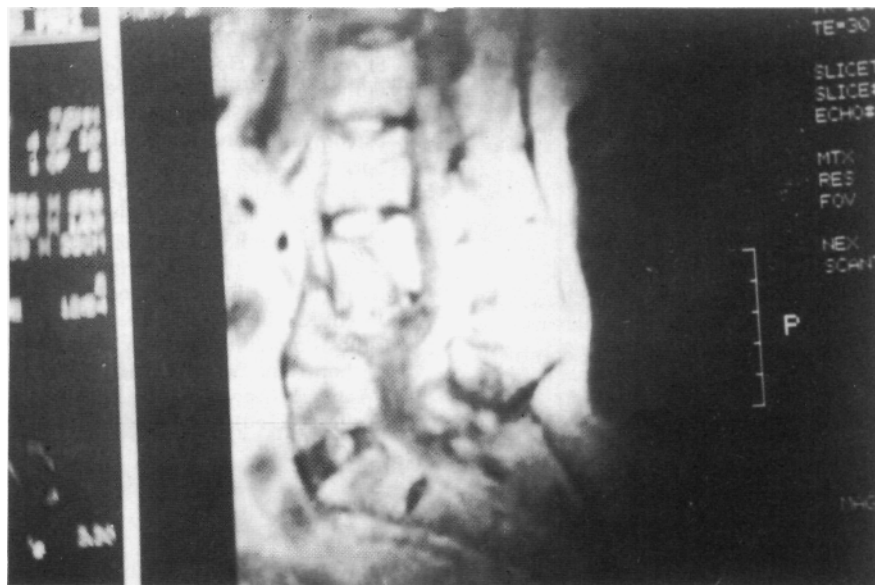


Figura 2B

La paciente tenía antecedentes de alcoholismo y depresión muchos años atrás. Las radiografías mostraban una total destrucción del cuerpo vertebral de la cuarta vértebra lumbar con retrolistesis de la 3ª sobre la 4ª con una gran reacción esclerótica (Figura 1).

En la resonancia magnética nuclear se confirma la destrucción de la 4ª vértebra, mostrando la casi total estenosis del canal lumbar a ese nivel (Figura 2).

Decidimos realizar una descompresión anterior y posterior por vía posterior, realizamos una laminectomía de L3, L4 y L5, separamos la duramadre y raíces, resecaando la parte posterior de los cuerpos vertebrales que producían la compresión anterior. Todo el hueso era esclerótico; no encontramos pus ni gases. Histológicamente se informó como una infección crónica inespecífica curada.

Después de la cirugía mejoró la sintomatología dolorosa y neurológica de la paciente y a las 4 semanas ya podía caminar 500 metros.

Tres años después, en el último control, la paciente hace todas las tareas del hogar y cuida a su madre de 90 años.

DISCUSIÓN

Existen varios mecanismos potenciales por los cuales una bacteria puede llegar al cuerpo vertebral³:

1. Embolia séptica de las arteriolas del hueso de la placa vertebral terminal subcondral.

2. Embolia séptica de dirección retrógrada en las venas pélvicas profundas y el plexo perivertebral que no tiene válvulas (plexo de Batson).

3. Diseminación a través de ligamentos paraespinales a partir de las metafisis tomadas (esto es más común en tuberculosis e infecciones por hongos).

4. Diseminación a partir de otros órganos o tejidos blandos infectados (órganos retroperitoneales, intrapélvicos, pulmón).

5. Inoculación directa por un proyectil, herida abierta o cirugía realizada en órganos cercanos a la columna con complicación infecciosa, como en el caso que estamos presentando.

Creemos que en este caso fue una espondilitis

secundaria a la infección uterina que tardó 10 meses en curar. En este período la infección tomó las últimas vértebras lumbares destruyéndolas y luego, por los antibióticos específicos recibidos (se aisló estafilococo) y el tiempo transcurrido, curó la infección uterina y la espondilitis.

La paciente no buscó atención médica porque no presentaba síntomas, hasta que en 1993 comenzó con franca sintomatología de canal estrecho con gran dificultad para caminar por dolor y debilidad en ambos miembros inferiores porque, si bien la infección estaba curada, se desarrolló lentamente una deformidad secundaria.

CONCLUSIÓN

Una infección de cirugía ginecológica o urológica puede producir por contigüidad osteomielitis vertebral subclínica que puede llevar a una gran destrucción espinal con sintomatología de estenosis del canal.

Pensamos que en pacientes con este tipo de infecciones (genitourinarias) que comienzan a referir lumbalgia se les debe solicitar una resonancia magnética nuclear sin demora para realizar el diagnóstico precoz y evitar males mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. García A Jr, Grantham A: Hematogenous pyogenic vertebral osteomyelitis. *J Bone Jt Surg* 1960; 42-A: 429-436.
2. Lifeso RM: Pyogenic spinal sepsis in adults. *Spine* 1990; 15: 1265-1271.
3. St Amour TE, Hodges SC, Laakman RW et al: MRI of the spine. New York, Raven Press, 1993.
4. Schwartz ST, Sprengel MG Jr: Bacterial vertebral osteomyelitis and epidural abscess. *Semin Spine Surg* 1990; 2: 95-105.
5. Sharif HS, Aideyan OA, Clark DC et al: Brucellar, and tuberculous spondylitis: comparative imaging features. *Radiology* 1989; 171: 419-425.
6. Stauffer RN: Pyogenic vertebral osteomyelitis. *Orthop Clin North Am* 1975; 6:1015-1027.
7. Vicent KA, Benson DR, Vuegeli T: Factors in the diagnosis of adults pyogenic vertebral osteomyelitis. *Orthop Trans* 1988; 12: 523-524.
8. Winter R: Osteomyelitis. *In: Moes: Text Book of Scoliosis* (2ª ed). WB Saunders Co, 1987; 568-575.