

Osteomielitis vertebral crónica. Tutor externo pedicular percutáneo. Presentación de un caso

ALEJANDRO STEVERLYNCK, ROBERTO CASTELLI Y JORGE ASTIASARAN

Servicio de Columna Vertebral, Hospital Militar Central "Cirujano Mayor Cosfhe Argerich", Buenos Aires.

Caso clínico

G.L., paciente de sexo femenino, de 70 años de edad que, en noviembre de 1997, es intervenida quirúrgicamente en otro centro hospitalario, por presentar un conducto lumbar estrecho. En esa oportunidad, se le practicó una descompresión lumbar más una artrodesis posterolateral instrumentada con un marco de Hartshill. En el posoperatorio temprano (20 días), presentó una secreción purulenta; por lo tanto, se realizó una limpieza quirúrgica con conservación del implante. Como el proceso supurativo persistía, fue intervenida a las tres semanas y se realizó una segunda limpieza y retiro del implante.

La paciente consulta en el Hospital Militar Central durante el octavo mes posquirúrgico con un nuevo proceso supurativo con secreción francamente purulenta. En los estudios complementarios por imágenes (radiografías, centellograma, tomografía axial computarizada y resonancia magnética) (Fig. 1), se observan imágenes compatibles con un proceso osteomielítico lumbar con colapso e inestabilidad vertebral, con una escoliosis lumbar y una cifosis angular L3-L5 de 44°. En ese momento, se le realiza la tercera limpieza quirúrgica y es colocada bajo un protocolo de antibióticos específico para el germen cultivado (indicado por el Servicio de Infectología) e inmovilizada con un corsé T.L.S.O., más un tratamiento analgésico manejado por el Servicio de Tratamiento del Dolor.

Los estudios de laboratorio (eritrosedimentación, proteína C reactiva, etc.) se normalizaron y no había signos clínicos de infección, pero el cuadro doloroso no mejoraba, había alteración en el eje raquídeo en el plano frontal y en el sagital, que le producían lumbalgias invalidantes con irradiación radicular irritativa; por lo tanto, se decide someterla a tratamiento quirúrgico con un primer tiempo de colocación del tutor externo percutáneo por vía posterior (anclado de L3 a los alerones sacros),

que tuvo por objeto la reducción de la cifosis y la estabilización raquídea (Fig. 2). Posteriormente, se realizó un segundo tiempo en la misma sesión, a través de una lum-



Figura 1. Cifosis L3-L5. Lesiones de espondilitis.

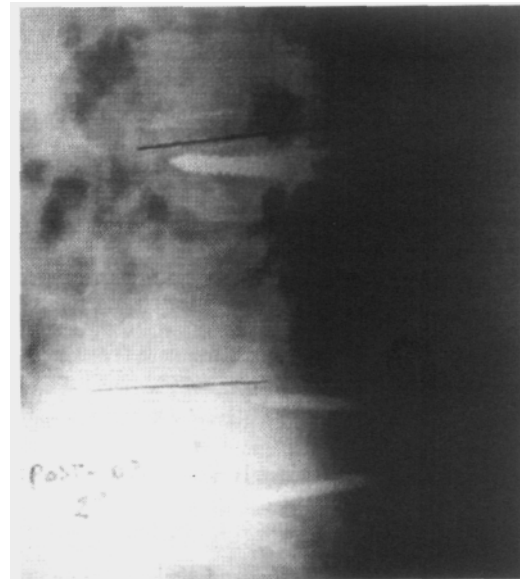


Figura 2. Fijador externo anclado en L3 y sacro.

Recibido el 14-11-2000. Aceptado luego de la evaluación el 9-4-2001.

Correspondencia:

Dr. JORGE ASTIASARAN
Av. Olazábal 5154, 9 "F"
(1431) Buenos Aires
Argentina
Tel.: 4523-8532
E-mail: astiasaran@tutopia.com

botomía izquierda se practicó una hemiscoprectomía L4 colocándole un injerto tricortical de cresta ilíaca.

El fijador externo fue retirado en la octava semana del posoperatorio y luego la paciente continuó inmobilizada con un corsé T.L.S.O. hasta el cuarto mes.

Los controles radiográficos fueron satisfactorios y, a un año de la intervención quirúrgica, los valores de laboratorio se mantienen normales, el cuadro doloroso disminuyó francamente y se obtuvo la consolidación del injerto con mejoría de la cifosis angular de 44° a 2° (Fig. 3).

Discusión

Magerl^{2,4,5,9} comenzó a utilizar el tutor externo percutáneo pedicular en columna vertebral en 1977; lo empleó para tratar pacientes con fracturas toracolumbares que necesitaban una estabilización temporaria no invasiva. Desde aquel momento hasta la fecha, sus indicaciones han ido creciendo y, actualmente en algunos centros hospitalarios, se utilizan para test de inestabilidad,^{4,8} osteomielitis crónica,³ fracturas contaminadas⁶ y espondilolistesis.⁴ En trabajos experimentales, se están utilizando fijadores externos percutáneos (no pediculares) en el tratamiento de deformidades escolióticas.^{1,7}

En este caso, el empleo del fijador externo percutáneo nos permitió una reducción (creando una distracción anterior)^{3,5} y una estabilización raquídea previa al abordaje anterior, evitando abordar quirúrgicamente por vía posterior una columna que ya había sido operada en cuatro oportunidades y que tenía importantes alteraciones en su anatomía. En segundo término, también se evitó la colocación de un implante metálico con los evidentes riesgos que ello implica, en un terreno con un importante proceso infeccioso de muy difícil resolución.

Las ventajas del método utilizado son:

1. Colocación de un elemento de osteosíntesis rígido con un abordaje mínimo.



Figura 3. Consolidación del injerto y corrección de la cifosis.

2. Corrección de deformidades vertebrales en el plano sagital en intraoperatorio e inclusive correcciones posoperatorias.

3. Retiro de todo el tutor o de algún clavo con un gesto quirúrgico mínimo, en caso de infección o complicación neurológica, como daño irritativo radicular.

Como desventajas debemos mencionar:

1. Necesidad de contar con intensificador de imágenes de alta resolución.

2. Entrenamiento en la colocación y el manejo de este tipo de tutores.

Referencias bibliográficas

1. Abe, J; Nagata, K; Ariyoshi, M, e Inoue, A: Experimental external fixation combined with percutaneous discectomy in the management of scoliosis. *Spine*, 24 (7): 646-653, 1999.
2. Esses, S; Botsford, D, y Kostuik, P: The role of external spinal skeletal fixation in the assessment of low-back disorders. *Spine*, 14 (6): 594-600, 1989.
3. Jeanneret, B, y Magerl, F: Treatment of osteomyelitis of the spine using percutaneous suction/irrigation and percutaneous external spinal fixation. *J Spinal Dis*, 1 (3): 185-205, 1994.
4. Leu, H; Schreiber, A, y Schreiber, V: *L'arthrodese intersomatique percutanee lombaire avec flxateur externe temporaire. Inestabilites Vertebrales Lombaires*. Expansion Scientifique Francaise; 166-171, 1995.
5. Magerl, F: Stabilization of the lower thoracic and lumbar spine with external skeletal fixation. *Clin Orthop*, 184: 125-141, 1984.
6. Steverlynck, A; Castelli, R, y Astiasarán, J: Tutor externo en columna vertebral: Lesión radicular por arma de fuego. *Rev Asoc Arg Ortop y Traum*, 65 (1): 26-27, 2000.
7. Stokes, I; Aronsson, D; Spence, H, e Iatridis, J: Mechanical modulation of intervertebral disc thickness in growing rat tails. *J Spinal Dis*, 11 (3): 261-265, 1998.
8. Van der Schaaf, D; Van Limbeek, J, y Pavlov, P: Temporary external transpedicular fixation of the lumbosacral spine. *Spine*, 24 (5): 481-484, 1999.
9. Wiltse, L: A review of "stabilization of the lower thoracic and lumbar spine with external skeletal fixation" by Friedrich Magerl, M.D. *Clin Orthop*, 203: 63-66, 1986.