

Espondilodiscitis posdiscectomía y artrodesis en un nivel distinto del operado. Presentación de un caso

MARCELO C. LÓPEZ* Y PABLO E. RIZZI**

*Organización Médica S.A. y **Sección Patología del Raquis, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 60 años de edad, diabético no insulino dependiente de 18 años de evolución y adenoma prostático asintomático. En abril de 1998, fue operado con diagnóstico de discopatía degenerativa del 5to. espacio y conducto estrecho lumbar. Se realizó discectomía del 5to. espacio, descompresión foraminal y artrodesis posterolateral instrumentada con barras y tornillos pediculares de acero. La evolución fue favorable y fue dado de alta al 4to. día. Al octavo día, presentó hematoma de la herida que se drenó en forma percutánea. El material fue remitido a Bacteriología, no se observaron bacterias en el examen directo ni en el cultivo. Se administró antibioticoterapia posoperatoria profiláctica con cefalexina 2 g/día, vía oral, por 7 días.

A los 5 meses, el paciente consultó por intensa lumbalgia a grandes esfuerzos. Se estudió con radiografías y laboratorio, y no se hallaron signos de infección o aflojamiento del implante. Al mes, el paciente regresó refiriendo pérdida de peso e importante lumbalgia. Se realizó centellografía con tecnecio 99 que mostró hipercaptación de la 5ta. vértebra, centellografía con galio con hipercaptación leve en el mismo cuerpo; tomografía axial computarizada, sin signos de osteomielitis ni colecciones extravertebrales, y radiografías dinámicas sin movilidad del segmento ni del implante.

El paciente fue operado nuevamente, se retiró el implante y se tomaron muestras para biopsia ósea de la 5ta. vértebra, a través del orificio pedicular, se halló artrodesis firme. El estudio bacteriológico de las muestras fue inicialmente negativo, pero luego de múltiples repiques apareció *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible (de escaso valor diagnóstico por posible contaminación de la muestra), y el examen anatomopatológico mostró infiltrado poli y mononuclear entre las trabéculas óseas. Se realizó nueva resonancia magnética que mostró espondilo-

discitis del 4to. espacio; hasta el momento, no se observó imagen compatible en la radiología. Se punzó el espacio bajo tomografía axial computarizada, sin desarrollo de gérmenes en el cultivo. El estudio histopatológico repitió el patrón de infiltrado poli y mononuclear.

Se instituyó tratamiento antibiótico con cefalexina 2 g/día por vía oral durante 3 meses y corsé ballenado. En la actualidad, el paciente tiene fusión espontánea del 4to. espacio y no siente dolor.

Discusión y comentarios

La infección de la cirugía espinal sigue siendo un obstáculo difícil de prevenir y tratar. Si bien la antibioterapia profiláctica ha disminuido la probabilidad de infección, este fantasma está siempre presente y un período posoperatorio doloroso lleva a pensar en dicha posibilidad.

Al consultar la bibliografía, comprobamos que la espondilodiscitis posoperatoria es una rara, pero severa complicación de la cirugía discal lumbar.^{1,2,4} Su incidencia oscila entre 0,1% y 3%, según los diversos autores.^{5,8} El tiempo de aparición de los síntomas osciló entre 1 día y 12 semanas, en el caso presentado fue de 5 meses. La tomografía axial computarizada es uno de los estudios de elección junto con la eritrosedimentación y la proteína C reactiva para el diagnóstico precoz, pero aquí no fue de utilidad para establecer la presencia del proceso infeccioso e, incluso, el centellograma con galio no fue concluyente. No se pudo realizar resonancia magnética tempranamente por el implante de acero. Tal vez contar con este estudio hubiera servido para un diagnóstico más temprano.

No se ha establecido la asociación de infección de la herida y espondilodiscitis. En un informe sobre 15 casos de un total de 502, Pilgaard no detectó infección de la herida en ningún caso.

En nuestro paciente, no se pudo comprobar infección de la herida, pero sí la presencia de hematoma. Por el contrario, Simpson y cois.⁷ observaron una incidencia global de resultados desfavorables en el 61% de los pacientes diabéticos sometidos a cirugía lumbar, y alertan acerca del riesgo intrínseco de esta población. Específicamente, comunicaron un 24% de complicaciones de super-

Recibido el 3-3-2001. Aceptado luego de la evaluación el 16-4-2001.

Correspondencia:

Dr. PABLO E. RIZZI
Córdoba 2351, Piso 6
(1425) Buenos Aires
Argentina

ficie con un 10% de infecciones demostradas por cultivo. Uno de estos pacientes falleció. No tuvieron ningún caso de espondilodiscitis.

Fouquet y cols.³ describen dos tipos fundamentales de discitis luego de la cirugía, "séptica y aséptica". Dividen a sus pacientes en 3 grupos: grupo A pacientes con bacteriología positiva; grupo B, con bacteriología negativa, pero histología compatible con sepsis y, por último, grupo C, con histología compatible con proceso mecánico. El caso presentado podría pertenecer al grupo B.

Es discutible la vía de infección, ya que si bien el paciente tuvo puerta de entrada a partir del acto quirúrgico, no presentó discitis del 5to. disco, sino del 4to., que no fue abordado. Tampoco se pudo comprobar la penetración de ninguno de los tornillos pediculares en la placa terminal superior de la 5ta. vértebra, situación que comunicaría el interior del 4to. disco con la exposición operatoria. Iversen y cols, publicaron 13 casos de discitis en un nivel distinto del operado de un total de 111 pacientes. Otro punto por considerar es el adenoma de próstata, patología que puede facilitar la presencia de infecciones uri-

narias asintomáticas, más aún en paciente diabético. La contaminación de la placa terminal a través del plexo venoso presacro es bien conocida, y podría justificar una discitis concomitante al acto quirúrgico y no una complicación infecciosa de éste.

En un estudio retrospectivo, Siddiqui y Luby⁶ refieren que el cirujano es un factor decisivo en la probabilidad de aparición de discitis posoperatoria. Compararon la incidencia de esta complicación en pacientes operados por dos cirujanos diferentes de un mismo hospital. Sobre una muestra de 41 casos de discitis posquirúrgica, el cirujano A tuvo 9 veces más complicaciones que el B.

El objetivo de esta presentación es destacar la importante frecuencia de pobres resultados en pacientes diabéticos sometidos a cirugía lumbar, y sospechar que la espondilodiscitis en un nivel distinto del operado es una causa de dolor posoperatorio alejado, aun en quienes justifican su dolor y cuyos estudios de laboratorio y radiológicos no son concluyentes y, sobre todo, teniendo en cuenta que se suele evaluar únicamente la cirugía y no otras contingencias concomitantes.

Referencias bibliográficas

1. **Crenshaw, AH:** *Campbell Cirugía Ortopédica*. 8ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994.
2. **Floris, R; Spallone, A; Aref, TY,** y cols.: Early postoperative MRI findings following surgery for herniated lumbar disc. *Acta Neumchhir (Wien) (Austria)*, 139(3): 169-175, 1997.
3. **Fouquet, B; Goupille, P; Jattiot, F,** y cols.: Discitis after lumbar disc surgery. Features of "aseptic" and "septic" forms. *Spine*, 17 (3): 356-358, 1992.
4. **Iversen, E; Nielsen, VA, y Hansen, LG:** Prognosis in postoperative discitis. A retrospective study of 111 cases. *Acta Orthop Scand*, 63 (3): 305-309, 1992.
5. **Rohde, V; Meyer, B; Schaller, C, y Hassler, WE:** Spondylodiscitis after lumbar discectomy. Incidence and a proposal for prophylaxis. *Spine*, 23 (5): 615-620, 1998.
6. **Siddiqui, AR, y Luby, SP:** High rates of discitis following surgery for prolapsed intervertebral discs at a hospital in Pakistan. *Infect Control Hosp Epidemial*, 19 (7): 526-529, 1998.
7. **Simpson, JM; Silveri, C; Balderston, RA; Simeone, FA, y An, HS:** The results of operations on the lumbar spine in who have diabetes mellitus. *J Bone Jt Surg (Am)*, 75 (12): 1823-1829, 1993.
8. **Zink, PM; Frank, AM, y Trappe, AE:** Prophylaxis of postoperative lumbar spondylodiscitis. *Neurosurg Rev*, 12 (4): 297-303, 1989.