

OSTEOMIELITIS POST RESECCION ENDOSCOPICA

Dres. Carlos A. Sáenz y Juan C. Irazu (h).

Dado que el tercio anterior de la uretra se encuentra normalmente contaminado con gérmenes, toda maniobra instrumental realizada a través de la misma lleva involucrada la posibilidad de una infección urinaria y el correspondiente pasaje al torrente circulatorio.

Scott en 1929 refiere 82 casos de septicemias consecutivas a intervenciones urológicas; Merrit en 1951, ocho endocarditis bacterianas sobre un total de siete mil resecciones endoscópicas haciendo notar que siete de ellas se produjeron en pacientes con lesiones valvulares cardíacas; Creevy y Feeney en una serie de 350 pacientes resecados comprobaron una severa reacción febril, siendo posible el cultivo de gérmenes en el 45,4% de los casos y Milberg y Hermann un estudio clínico experimental observaron 12 hemocultivos positivos en un total de 97 pacientes a los que se les había practicado cistoscopia. En nuestro medio se han referido al tema de la osteomielitis vertebral posterior a infecciones urinarias Astraldi, Fernández y Brea en 1938 en un paciente portador de absceso perinefrítico; Pagliere, Soldano y Scorticatti en 1964 dos casos, uno de ellos posterior a dilatación uretral y el otro a intervención renal y Belossi, Castría y Patrucco en 1966 en dos adenomectomizados.

Nos referiremos al enfermo B. S. de 44 años, internado el 5 de octubre de 1964 en el Servicio de Urología del Hospital José Penna a cargo del Prof. Dr. Juan Irazu.

H. C. N° 400 cuyos datos positivos son los siguientes:

Desde 1958 polaquiuria diurna y nocturna, disuria con esfuerzo inicial y disminución de la fuerza de proyección del chorro. Esta sintomatología se acentuó con el tiempo.

La anamnesis y el examen clínico no revelan patología evidente.

En la radiografía directa no se observan alteraciones óseas ni urológicas. El urograma muestra buena excreción renal bilateral y morfología pielocalicial. En el cistograma se nota una discreta elevación del piso vesical.

En la uretrografía aparece una uretra posterior alargada con dos pequeños lóbulos laterales.

El examen cistoscópico pone en evidencia un labio posterior del cuello elevado y la uretra posterior alargada.

El 8 de octubre de 1964 se le practica resección endoscópica de ambos lóbulos obteniéndose 5 gramos de tejido. Se deja sonda Foley doble corriente calibre 22.

El informe anatomopatológico indica fibro-mioma adenoma de próstata con adenomitis crónica. En el postoperatorio se medicina con antibióticos, calmantes y lavado continuo con solución antiséptica.

Al segundo día de operado se retira la sonda uretral y desde ese día por la tarde el enfermo tiene fiebre intermitente con máxima de 38° que desaparece al sexto día de iniciada. Concomitantemente con este cuadro aparece algia a nivel de articulación coxofemoral izquierda. El paciente es dado de alta a los ocho días mejorado de su sintomatología urinaria aunque persiste el dolorimiento antedicho.

Al mes reingresa con intenso dolor en articulación coxofemoral izquierda. Durante ese lapso ha sido tratado en su domicilio por su médico de cabecera con múltiples antibióticos y analgésicos sin resultado aparente.

El examen físico revela desmejoramiento acentuado del estado general, facies dolorosa y exquisito dolor a la movilización del miembro inferior izquierdo con hipotrofia mus-

cular. De los exámenes complementarios efectuados la orina es normal y la eritrosedimentación se encuentra acelerada con un índice de Katz de 41. Las reacciones de Huddleson y Wassermann y Khan fueron negativas.

La radiografía de la articulación coxofemoral izquierda muestra osteoporosis moteada de cabeza, cuello de fémur, trocánter mayor e isquión. Pérdida de contorno del acetábulo y producción ósea en el borde del mismo (Fig. 1).



Fig. 1

El 7 de enero de 1965 se efectúa exploración quirúrgica de la articulación encontrándose músculos adyacentes y una amplia zona de hueso coxal y cabeza femoral, incluida la cápsula articular con alteraciones inflamatorias, obteniéndose tomas biopsias.

El diagnóstico histopatológico revela osteomielitis inespecífica; granulomatosis capsular y miositis (Figs. 2 y 3).

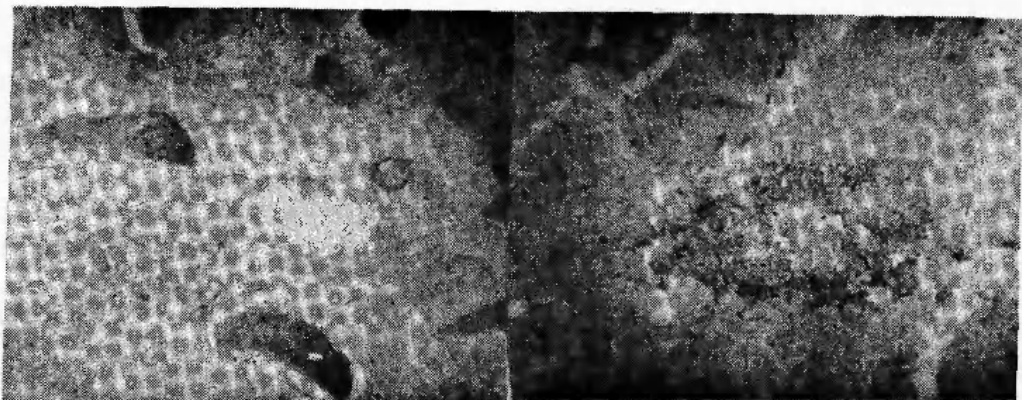


Fig. 2

Fig. 3

El enfermo es tratado por traumatología con inmovilización en yeso pelvipédico y antibióticos.

A los cuatro meses es dado de alta mejorado, encontrándose en la actualidad asintomático.

CONSIDERACIONES

La relación de causa efecto en cuanto a maniobra urológica y osteomielitis consecutiva surge por la secuencia de ambos procesos.

Con respecto a la causa de infección se abren tres posibilidades: la maniobra endoscópica en sí, la resección con comunicación directa al espacio vascular y la posible movilización séptica al actuar sobre un tejido infectado.

Como posibles vías de infección pueden considerarse la hemática y la linfática. La primera a forma embólica o por trombosis venosa de acuerdo a lo hallado por Mc Laughlin y colaboradores en dos necropsias de enfermos resecados endoscópicamente; la segunda o linfática similar a lo observado en metástasis del carcinoma prostático.

RESUMEN

Se presenta un caso de osteomielitis post resección endoscópica. Se efectúan consideraciones acerca de la noxa causante y de la vía seguida por la infección.

BIBLIOGRAFIA

- Astraldi, A., Fernández, J. y Brea, L. - Fístula purulenta lumbar. Osteítis vertebral no tuberculosa. *Rev. Arg. de Urol.* 7: 298-304. 1938.
- Belossi, Castría y Patrucco.- Osteomielitis post adenomectomía, dos casos de localización vertebral. *Soc. de Urol. y Nefr. de la Pcia. de Bs. As. La Plata* 1966.
- Creevy, C. D. and Feemey, M. J.- Infection following transurethral resection of prostate gland. *Bull. Univ. Minnesota Hosp. y Minnesota Med. Foundation.* 20:314-327. 1949. (Citado por W. A. Merrit).
- Mc Laughlin, W. L., Bowler, J. P. and Holyoke, J. B.- The causes of death following transurethral resection of the prostate. *J. Urol.* 59: 1233-1238. 1948.
- Merrit, W. A.- Bacterial endocarditis as a complication of transurethral prostatic resection. *J. Urol.* 65: 100-107. 1951.
- Merrit, W. A. and Thompson, G. J.- Medical complications following vesical neck resections. (Citado por Merrit).
- Milberg, M. and Hermann, M.- Pyrexia following cystoscopy. *J. Urol.* 86: 823-828. 1961.
- Scott, W. W.- Blood stream infections in urology. A report of eighty two cases. *J. Urol.* 21: 527-566. 1929.

DISCUSION

DR. PAGLIERE.- Quería preguntar en qué se funda la segunda intervención.

DR. IRAZU.- Como el enfermo tuvo una evolución bastante tórrida -estuvo desde octubre hasta enero sin obtener mejoría con el tratamiento antibiótico-calmanes- se optó consultando con traumatología, por hacer una biopsia a cielo abierto, porque se hizo una por punción primero, que fue negativa. Entonces se decidió hacer una amplia incisión, que exhibiese tanto la parte muscular como la cápsula.

DR. PAGLIERE.- Si fue con intervención biopsica está bien.

DR. IRAZU.- El enfermo mejoró su sintomatología inmediatamente después de la intervención; sintió menos dolor.