

Servicio de Vías urinarias del Hosp.
Salaberry. Prof. Adj. Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI, J. S.
FERNANDEZ y L. M. BREA

FISTULA PURULENTA LUMBAR OSTEITIS VERTEBRAL NO TUBERCULOSA

MOTIVA esta publicación el hecho de haber observado e intervenido una fístula purulenta lumbar, cuyo origen fué una osteítis de una vértebra lumbar producida por el estafilococo.

N. N. de 24 años. Historia N° 204 del Hospital Salaberry.

En diciembre del año 1937, tiene un proceso infeccioso y supurado en el espacio interdigital, entre índice y anular de la mano derecha; a los 15 días es intervenido y drenado quirúrgicamente. Ocho días después y supurando aún la herida de la mano, comienza a notar dolor en la región lumbo-costal derecha. La temperatura que había cedido con el tratamiento instituido vuelve a subir nuevamente concomitantemente con la aparición del dolor. Dolor y temperatura se mantuvieron y al cabo de 20 días, según el enfermo, las orinas se ponen turbias, sin que pueda especificar con exactitud las características de las mismas. Cuatro días después le practican una lumbotomía y drenan un absceso que da lugar a gran cantidad de pus. A partir de entonces, la temperatura cedió y las orinas se aclararon. Desde aquel episodio, hasta la fecha, no ha dejado de drenar pus por la fístula lumbar. Diez días antes de ingresar en nuestro servicio, reaparece la temperatura, por lo cual es internado.

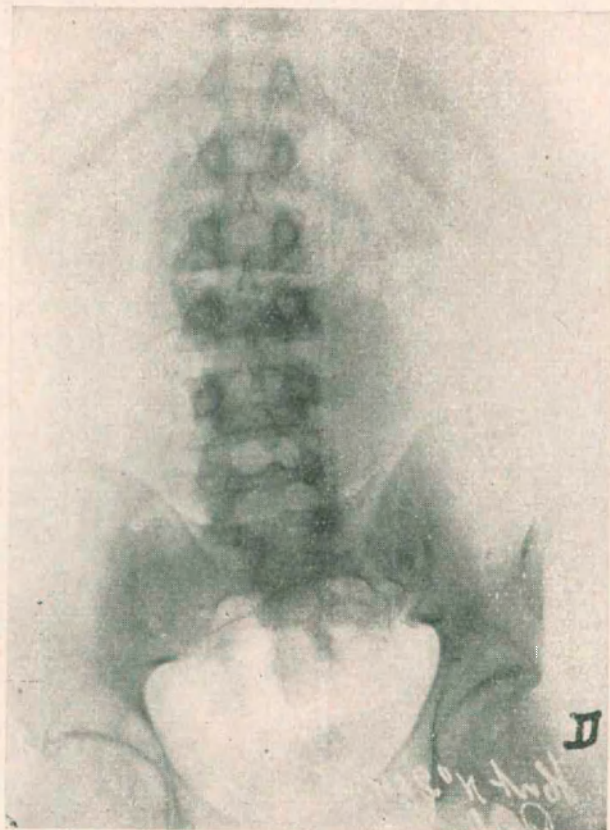
Estado actual. — 14 de mayo de 1938. Orina de emisión ligeramente turbias, de sedimentación, discreto sedimento. Micciones de día cada dos a tres horas y de noche dos a tres veces. No hay disuria.

Riñones y uréteres. — A nivel del ángulo costo-lumbar derecho se observa una cicatriz operatoria de unos cinco centímetros de longitud, y en el centro de la misma, un orificio redondeado de bordes netos, que segrega un pus de color amarillento verdoso y que da entrada a un conducto cateterizable de unos 6 centímetros. Colocando una sonda Nelaton e inyectando suero fisiológico se consiguen introducir sólo unos 2 c.c., después de lo cual comienza a refluir el líquido.

No se palpan ninguno de ellos y no hay puntos dolorosos. El examen del pus de la fístula da estafilococo puro.

El resto del examen semiológico urológico no arroja ningún dato de interés.

Examen radiológico. — Simple (Nº 1) antero posterior. Se observan las



Nº 1. — Radiografía simple antero-posterior.

siluetas renales de contornos nítidos. No hay sombras que denuncien cuerpos extraños.

Urografía excretora. — A los 5' aparece por igual en ambos lados, más intenso en el izquierdo. Imágenes pelvi-caliciales normales. A los 15' en inspiración (Nº 4) y expiración (Nº 5) profunda se observa que el hemi-diafragma derecho excursiona desde la 7ª a la 9ª costilla y el riñón, medio espacio intercostal (signo de Mathe) negativo. A los 30' tendencia a desaparecer por igual de ambos lados.

Pielografía retrógrada: derecha (Nº 6) e izquierda (Nº 7) sistema pelvi-caliciales normales, a tres cálices de bordes nítidos.

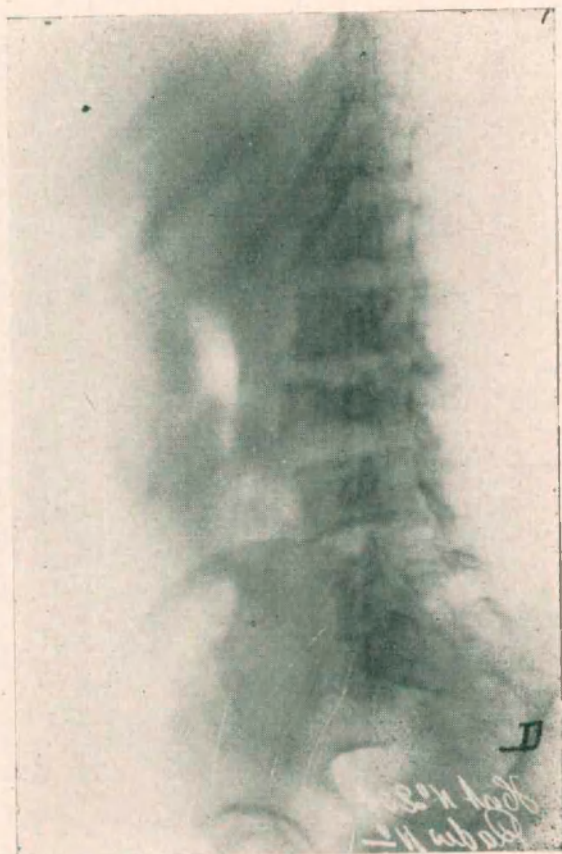
OPERACION

Anestesia general. éter, resección de la cicatriz lumbar. Se comienza a resecar el trayecto fistuloso, cateterizado con un instrumento rígido.

La dirección que sigue es de fuera a dentro, de arriba a abajo, de adelante a atrás. Después de resecar unos 6 a 8 cms. de fístula y viendo que la dirección de la misma se orienta hacia la columna vertebral y no hacia la celda



Nº 2. — Radiografía simple lateral.



Nº 3. — Radiografía oblicua.

perirrenal, se observan nuevamente las radiografías, analizando especialmente, la columna vertebral y se repara en un proceso de osteítis de la tercera vértebra lumbar, que había pasado inadvertido en las lecturas anteriores de las mismas. Se reseca a fístula a esta altura, se coloca un drenaje de gasa iodo-formada y se sutura en un plano.

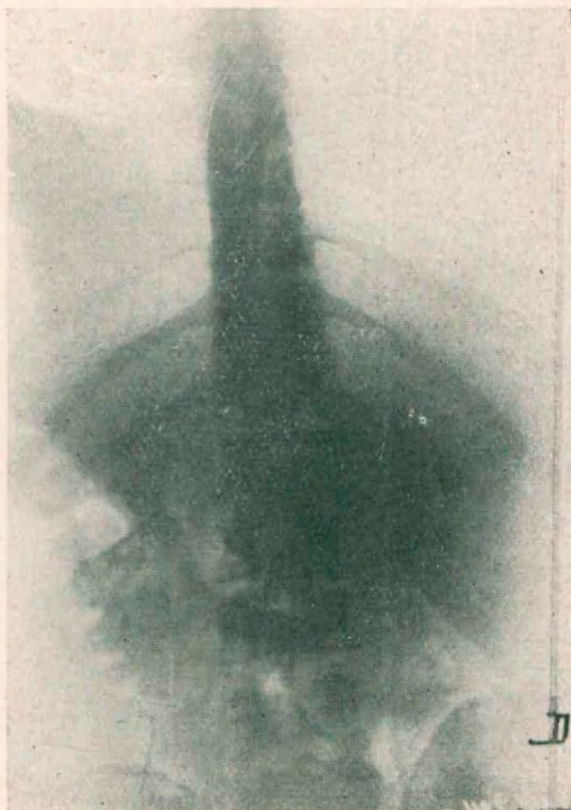
El post-operatorio es el propio de estas lesiones. Al mes más o menos de la intervención, el enfermo se levanta a los efectos de obtenerse las radiografías Nº 2 y 3, que son simples en lateral y oblicua. En ellas, puede observarse con nitidez la destrucción de parte del cuerpo de la tercera vértebra lumbar.

COMENTARIOS

Nuestra concepción clínica fué la de fístula purulenta peri-renal. Tenía para nosotros dos posibles orígenes: una embolia séptica a punto de partida del proceso supurado interdigital, que localizándose en la región cortical de riñón, hubiera producido una de las variedades de Pionefritis de Motz, (pequeño absceso?), quien, a



Nº 4. — Urografía excretora a los 15' en inspiración profunda, 9° espacio.



Nº 5. — Urografía excretora a los 15' en expiración profunda, 7° espacio.

su vez, secundariamente, daría lugar al absceso supurado peri-renal, perinefritis supurada, y que en el momento actual, por su persistencia, la supuración; o bien la fístula era la consecuencia de un cuerpo extraño olvidado in-situ desde la primera intervención, gasa o tubo de drenaje.

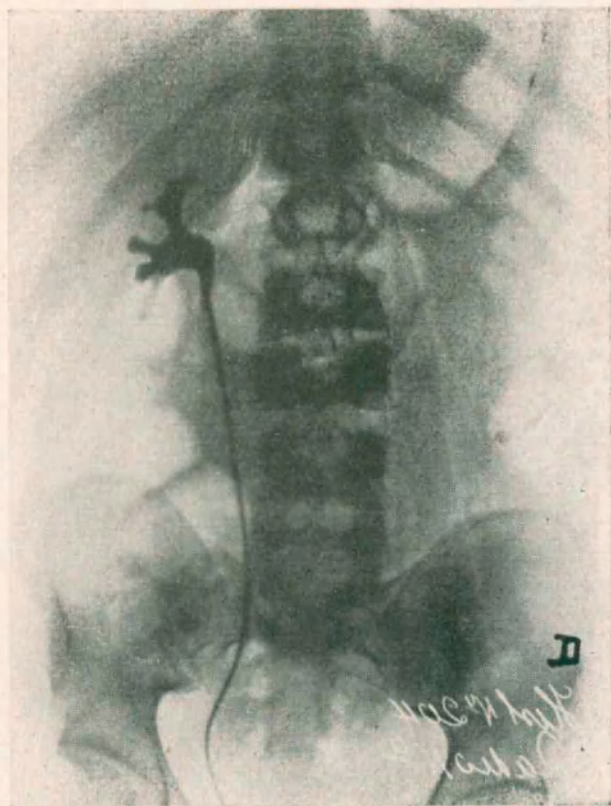
De ahí los fundamentos de nuestra conducta radiológica, que tenía por objeto evidenciar por medio de la radiografía simple —de existir— un cuerpo extraño opaco a los rayos; por medio de pielografía retrógrada, la posibilidad de que un absceso de riñón (gran

absceso) imprimiera —como a veces acontece— modificaciones al sistema de excreción; el signo de Mathe para excluir el absceso perinefrítico, en actividad —inmovilidad diafragmática— y fijeza del riñón.

El temperamento quirúrgico adoptado se justificaba en la investigación de posibles cuerpos extraños no visualizados radiológi-



Nº 6. — Pielografía retrógrada derecha.



Nº 7. — Pielografía retrógrada izquierda.

camente y —de no existir— en la búsqueda de un absceso de riñón no acusado sintomatológicamente.

El acto operatorio realizado con un conductor introducido por el orificio del trayecto fistuloso —pues con justo criterio así se procedió— llevó la disección hacia la región vertebral y fué entonces donde se detuvo ésta, poniendo en evidencia el error cometido.

Estábamos, pues, en presencia de un proceso supurado a punto de partida vertebral y fistulizado en la región lumbar.

Este nuevo antecedente nos avocaba al problema etio-patogénico. En primer lugar, creemos que se trata de una osteítis estafilocócica, dado el resultado del examen del pus, que acusa la *existencia de estafilococos* puros. En favor de esta hipótesis, están también los antecedentes, que *no acusan en forma aparente, un estado de enfermedad de la columna*, anterior al proceso que nos ocupa: además, el hecho de aparecer la *lesión lumbar* o peri-renal en el curso de la *desfervescencia del proceso supurado interdigital*, hacen suponer una relación directa de causa a efecto entre ambos estados patológicos.

Por otra parte, la *precocidad* en la formación del absceso, ocho días después de operado el panadizo, aparece el primer síntoma de la localización lumbar, y los *caracteres radiológicos*, osteítis de tipo vertebral puro, que respeta los discos, robustecen el diagnóstico de osteítis estafilocócica y permiten desechar, excluir, casi terminantemente, la posibilidad de que se tratara de una lesión tuberculosa, con un absceso osifluente preexistente y recalentado por una infección banal con punto de partida en el panadizo interdigital.

Ahora bien, ¿ha sido esta osteítis la que secundariamente dió lugar a la formación de un absceso perinefrítico o para-renal y que fué el primitivamente intervenido? Difícil es contestarlo.

Por nuestra parte, creemos que sí. La osteítis u osteomelitis vertebral, al querer exteriorizarse, dió origen al absceso perinefrítico, mejor aún, a un absceso para-renal, y decimos esto, porque la disección del trayecto fistuloso llevaba a la región vertebral sin ver (en la disección) para nada la celda peri-renal, y fué éste el que fué drenado en la primera intervención a que fué sometido el enfermo.

Sin embargo, esta concepción no la podemos afirmar plenamente, pues no hay suficientes elementos de juicios que la confirmen, ni que excluyan un absceso perinefrítico secundario a la osteítis vertebral o directamente secundario al proceso supurado interdigital.

Anglave, en un trabajo sobre "Fístulas Renales", aparecido en la Enciclopedia Francesa de Urología, dice: Los abscesos por congestión venidos del raquis, no deben ser confundidos con los abscesos tuberculosos primitivamente renales y secundariamente perirenales. Los abscesos por congestión, como él los califica, tienen ten-

dencia a abrirse espontáneamente en el exterior, acumulándose previamente alrededor del riñón. En ocasiones, cuando se fistulizan, dan lugar a interminables supuraciones, semejantes a las que producen las fístulas a punto de partida renal y peri-renal.

Los abscesos por congestión, a los que se refiere Anglave, son los osifluentes, es decir, de naturaleza tuberculosa, por lo tanto, nada tiene que ver con nuestro caso donde la etiología es evidentemente estafilocócica.

En cambio, si nos atenemos al tratado de Tavernier, de la Soc. de Cirugía de Lyon, sobre "Frecuencia de los falsos mal de Pott osteomielíticos" vemos que nuestro caso encuadra perfectamente dentro de tal categoría. Este autor dice: El principio de estos abscesos es brusco y febril; son de extrema precocidad en su formación; los dolores se acompañan en el desarrollo de los mismos; no calman con la punción pero sí con la incisión; la fístula se agota rápidamente a menos que un secuestro óseo la mantenga, y en ese caso, la supuración es más larga y rebelde que los casos más rebeldes también de un verdadero mal de Pott.

Si cotejamos estas conclusiones con lo que ha acontecido en nuestro enfermo, vemos que las tres primeras conclusiones están repetidas en el caso presente en cuanto a la punción no fué practicada y en lo referente a la cronicidad de la fístula que debemos interpretarla, según Tavernier, como producto de un secuestro, no podemos decir si existe o no por la razón que no fué buscado.