

Espondilodiscitis tras cirugía correctora de cifosis lumbar. A propósito de un caso.

Mínguez Pérez, H., Ferrete Barroso, A., Zuil Acosta, P., Simón Carrascal, Al., Ortiz Pereira, P.

OBJETIVOS

Presentar una complicación poco frecuente en cirugía de columna y de difícil resolución

MATERIAL Y MÉTODOS.

Mujer 73 años. Intervenido hace más de 5 años por estenosis de canal lumbar. L2-S1 (Figura 1). Presenta disbalance sagital y pseudoartrosis L2-L3 con aflojamiento de material (Figura 2). Se interviene quirúrgicamente realizándose osteotomías tipo Smith Petersen en L2-L3, L3-L4, L5-S1 y fusión T11-iliacos. El postoperatorio cursa sin complicaciones con corrección del disbalance y marcha con ayuda de andador (Figura 3). Acude a urgencias a los 3 meses de intervención por dolor intenso dorsolumbar, fiebre e incapacidad para la marcha. En TAC y RMN de control se aprecia espondilodiscitis T10-T11 con osteomielitis vertebral en T10 y T11 y compresión medular a ese nivel (Figura 4). Se realiza punción guiada y en cultivo crece Candida Albicans. Se realiza retirada de material de fijación y tratamiento con Anfotericida tópica y Fluconazol iv.

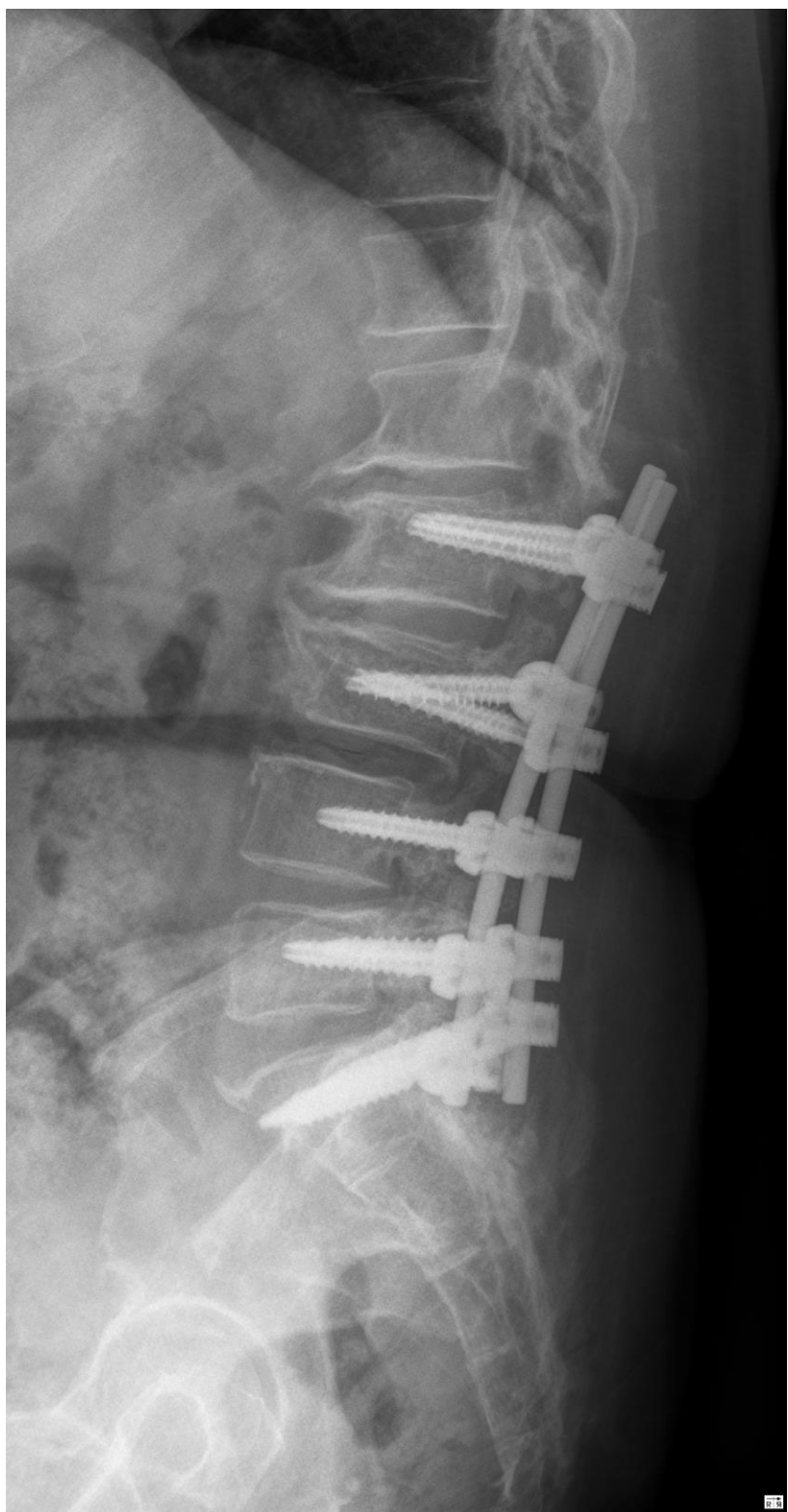


FIGURA 1

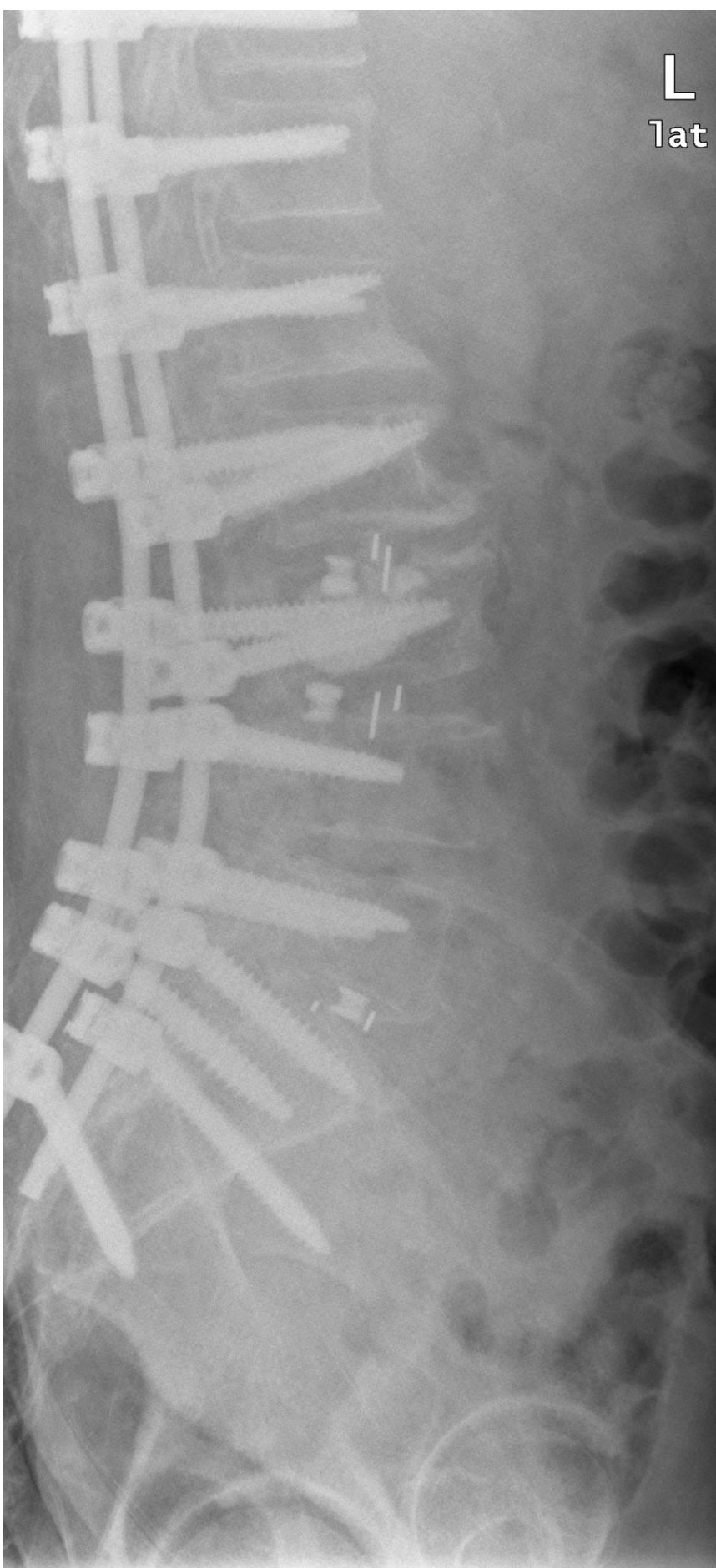


FIGURA 3



FIGURA 4

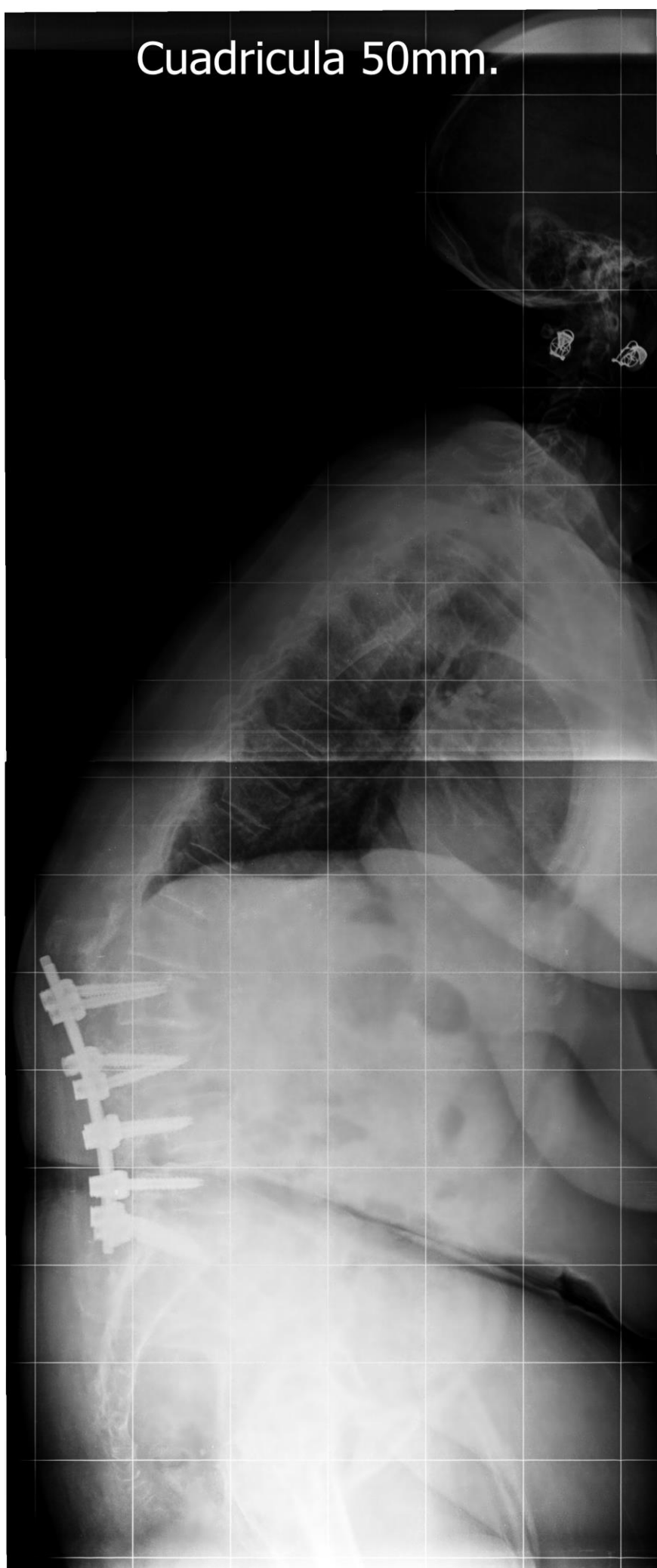


FIGURA 2

RESULTADOS

Pasadas dos semanas, una vez normalizados los parámetros analíticos, se realiza laminectomía T10, discectomía y drenaje de abscesos y fijación T9-L1 (Figura 5). El postoperatorio cursa sin complicaciones iniciando la rehabilitación de la marcha. No presenta complicaciones en herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

Las infecciones postquirúrgicas suponen un reto para el cirujano de columna. Además, los casos de infecciones con hongos presentan un peor pronóstico. En nuestro caso optamos por la extracción de material y cirugía en 2 tiempos para minimizar el riesgo de no curación de la infección