

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA OSTEOMIELITIS CRONICA

por el

Dr. F. Arasa

Ex Jefe de Departamento de la Universidad de Tubingen
Pensionado por la Institución A. v. Humboldt

EN relación con el pronóstico, así como también el tratamiento, es de la mayor importancia clínica la delimitación de la osteomielitis crónica.

Un cuadro opuesto al de las alteraciones radiológicas de la osteomielitis vertebral crónica, de cuyo asunto nos hemos ocupado en otro trabajo (1) con nuestro colaborador Vogt—cuyo indicio más destacado es la esclerosificación y neoformación ósea—es el ofrecido por la grave caries vertebral tuberculosa con su acusada atrofia ósea de la vértebra enferma y la contigua.

Es cierto que también la forma tuberculosa permite reconocer en la mayoría de los casos una afectación de dos vértebras. Un precoz adelgazamiento del disco intervertebral es característico, pudiendo ser incluso durante un largo tiempo la única alteración posible de reconocer radiográficamente. En tanto que el adelgazamiento del disco intervertebral, en la forma tuberculosa, va acompañado de la atrofia de la vértebra contigua, es precisamente el engrosamiento del sector esponginoso colindante en la osteomielitis tanto más acusado cuanto más fuertemente ha sido afectado el disco intervertebral. Sternberg (2) concede un gran valor a este dato de diferenciación, así como a la ausencia de toda afectación diferencial del disco in-

(1) Arasa y Vogt. Clínica y Laboratorio (en prensa).

(2) Sternberg. Fortschr. Geb. Roent. Str. Bd. 49.

tervertebral de sólo una vértebra en cuña tuberculosa. Ciertamente existen también casos de tuberculosis con espacios intervertebrales normales y ensanchados, que podrían estar llenos con abundante tejido de granulación o espesa purulencia (Freedman).

También en la forma tuberculosa tiene lugar la inflamación en la vecindad del disco intervertebral, pero afecta en la mayoría de los casos a la parte ventral del cuerpo vertebral, de forma que con la deficiente neoformación ósea se produce ya pronto la escarificación y formación de la vértebra en cuña. Correspondientemente, pronto se hace manifiesto un gibbus que, según el grado de la alteración vertebral, puede resultar declaradamente agudo. Un restablecimiento de la estructura no tiene lugar tampoco después de la curación del proceso tuberculoso. A diferencia de la osteomielitis se presenta en la tuberculosis a menudo una calcificación del absceso, que después de la curación de la tuberculosis se manifiesta todavía en la radiografía, permitiendo con ello una segura diferenciación.

Imágenes declaradamente de este tipo no deberían justificar ningún falso diagnóstico. Por desgracia, se presentan también osteomielitis crónicas, no acompañadas de esclerosificación, o incluso con manifiesta decalcificación. Sternberg indica un caso de osteomielitis estreptocócica crónica; Radt (3), una osteomielitis vertebral, en la que se cultivan estreptococos y estafilococos, sin que pudiese comprobarse en ellos un engrosamiento de la esponginosa. Son estos casos que, ambos en curso lento, han llevado al paciente a la muerte. Sternberg cree que era el tipo del agente patógeno—en ambos casos eran estreptococos—el que dió lugar a los típicos cuadros radiográficos, ya que en su caso pudieron observarse también focos en parte curados. El caso de Radt muestra un curso semejante a la osteo-

(3) Radt. Mitt. a. der. Grenzgeb. Med. Chir. Bd. 41.

mielitis subaguda (4), y lleva progresivamente en el plazo de 3/4 años a la muerte. Con toda probabilidad, es, sin embargo, la deficiente capacidad de reacción desde un principio, lo que motiva la ausencia en este caso letal de la neoformación ósea característica de la osteomielitis. Una diferenciación de la caries vertebral, según la imagen roentgenográfica, es naturalmente imposible. De Schmorl, Gold y Sternberg existen datos referentes a osteomielitis aguda y subaguda, llegados a la curación sin engrosamiento óseo.

Por otra parte, son también frecuentes casos de tuberculosis benignas, no acompañadas de grandes fenómenos de destrucción, y cuyas alteraciones roentgenológicas se distinguen poco de las correspondientes a la osteomielitis vertebral crónica. La spondilitis tuberculosa benigna—tal y como fué descrita por Kienbock y Sgalitzer—sucede también sin fuerte deformación. Formación de protuberancia de borde de la vértebra y picos espondilartrósicos de las vértebras vecinas, incluso esclerorización del contorno óseo, juntamente con adelgazamiento del cuerpo vertebral y discos intervertebrales, pueden ser también indicios de esta forma de spondilitis, cuya pertenencia a la forma general tuberculosa no es generalmente reconocida.

También las formas tuberculosas de infección mezclada, tuberculosas de fístula crónica, pueden mostrar alteraciones sobre la base de nueva irritación, que recuerdan los cuadros de la osteomielitis. Oehlecker nos dice que, cuanto más rápidamente procede de por sí la neoformación ósea, la formación de puentes y prolongaciones, y cuanto más chocantes son también las excrecencias óseas, tanto más fuerte habla esto por la osteomielitis. Lentas purulencias fistulosas juntamente con un tal hallazgo de la radiografía, significan con seguridad una osteomielitis vertebral, puesto que las tuberculosis fistulosas cróni-

(4) Arasa y Vogt. Clin. y Labor. (en prensa).

cas van acompañadas en la mayoría de los casos incluso de acuada atrofia, en tanto que, contrariamente, las formas benignas de tuberculosis descritas suceden por lo regular sin absceso. Sternberg indica que la excrecencia ósea inflamatoria observada en osteomielitis en el punto de arranque del tendón longitudinal, no corresponde nunca a la forma tuberculosa en sus comienzos. El restablecimiento de la estructura ósea, aun después de extensos procesos procedentes de destrucción, en un plazo relativamente corto, no e presentan asimismo más que en una osteomielitis.

Una inequívoca decisión en el diagnóstico diferencial entre osteomielitis tuberculosa y crónica, y según solamente la imagen Roentgen, es posible por ello tan sólo en una minoría de casos, puesto que para esto deben utilizarse las peculiaridades clínicas, así como los resultados bacteriológicos, según fué expuesto por Oehlecker (5).

Un comienzo agudo bajo el cuadro de una infección general muy violenta, tal y como fué descrita por nosotros con Vogt en la osteomielitis vertebral aguda (6), y como según las experiencias de Oehlecker y nuestras, se inicia también en la osteomielitis vertebral crónica, no se representa nunca en una tuberculosis vertebral. Deucocitosis, altas temperaturas, presencia de estafilococos en la sangre, urea o líquido céfalorraquídeo, son datos válidos (y aun la punción esternal) ya para la osteomielitis vertebral aguda y también para la osteomielitis vertebral crónica. Precedentes dolencias estafilocócicas, por una parte, y precedentes dolencias tuberculosas, viejas escrofulosis, inflamaciones glandulares, viejas tuberculosis pulmonares o casos tuberculosos en la familia por otra, deben ser tenidos en consideración. Oehlecker llama especialmente la atención sobre un chocante buen estado general acompañante de una osteomieli-

(5) Oehlecker. *Chirurg.* 1932.

(6) Arasa y Vogt. *Medicina* (en prensa).

tis vertebral crónica, y que a menudo está en oposición con la purulencia fistulosa existente o con los datos de que esto ha prevalecido en la tuberculosis, falta aquí en la mayoría de los casos; a menudo existe incluso capacidad de trabajo—interrumpida solamente por cortas pausas—, empeoramiento por fístulas, salida de nuevos abscesos. Con todo ello es digno de destacar que la incisión de abscesos trae consigo una inequívoca mejoría, en oposición a la forma tuberculosa, donde representa el comienzo de una larga purulencia fistulosa.

El hallazgo local es asimismo casi siempre limitado. La capacidad de movimiento de la columna vertebral está sólo poco limitada; una pequeña rigidez de la columna vertebral, casi siempre sin dolor a la presión o golpeo, con buena solidez de la columna, son característicos. Deformaciones o anomalías en la posición, fuertemente acentuadas, faltan aquí, según dijimos, en la mayoría de los casos.

Síntomas neurológicos transitorios, parestesias, debilidad en las piernas, event, parálisis, trastornos vesiculares e intestinales, son fenómenos propios, ante todo, de la osteomielitis vertebral, y que se basan casi siempre en transitorios edemas medulares. Para la forma tuberculosa comprobó Gold (7) en el 12 % de los casos una mielitis de compresión, y como causa, entre otras, también de edema colateral de la medula. A menudo lo son, sin embargo, granulaciones extradurales, y el tipo de la enfermedad es el que condiciona que aquí las alteraciones persistan largo tiempo, o sean incluso estables, en ausencia del adecuado tratamiento.

En la descripción de la osteomielitis vertebral aguda que hago con Vorgt se trató ya de la frecuencia de la formación de abscesos. En la mayoría de los casos pertenece esto ya al estadio agudo, pero, debido a su profunda situación, escapa a la ob-

(7) Bold Die chirurgie derwirbel saevle.

servación; a menudo lleva también a recaídas de la osteomielitis, como en algunos de nuestros casos, o también a su mayor actividad. También por esta recaída aguda, con alta fiebre, se distingue la osteomielitis de la forma tuberculosa. En oposición a la tuberculosa, es la penetración directa del absceso hacia atrás, con formación de una fístula a la altura de la vértebra afectada—generalmente en la región lumbar o sobre la cresta ilíaca—el camino más frecuente. (Oehlecker ha observado en cinco casos esta formación de fístulas.) Los abscesos que no llegan a abrirse paso pueden convertirse lentamente en abscesos fríos y hundirse—lo mismo que los abscesos tuberculosos—en las profundidades, y sin dirigirse como éstos continuamente hacia las vías anatómicas. Mientras que en la tuberculosis tienen lugar abscesos del psoas en un 50 %, la frecuencia en la osteomielitis vertebral es muy reducida. Volkmann encuentra entre sus casos en el 70 % abscesos de psoas; Oehlecker, entre sus osteomielitis, solamente lo halla en una ocasión; en una observación de nuestro colaborador Vogt fué observado asimismo un absceso de psoas. Contrariamente llama Oehlecker (8) la atención sobre una propiedad particular de los abscesos osteomielíticos, propia sólo de ellos, y que hace posible, sin la menor duda, una decisión. Es ésta la propiedad de los abscesos estafilocócicos de perforar en los lugares vacíos. La perforación de un absceso en el intestino, vejiga, pleura, esófago o saco dural habla, según Oehlecker, absolutamente en contra de tuberculosis. En un caso de Oehlecker tuvo lugar también una perforación en una articulación de la cadera.

Como sea que una penetración del absceso, sea en la vejiga o en el vientre, en ciertas condiciones puede provocar también fenómenos pasajeros, concede Oehlecker un gran valor a la

(8) Oehlecker Brun's. Beitr. Bd. 134.

historia previa, en la que debe investigarse cuidadosamente en busca de estos sucesos o puntos de partida.

Según las indicaciones de Gold, sin embargo, también en la tuberculosis se observan perforaciones del absceso en esófago, tráquea y bronquios. Más recientemente describe Lalesque (9) un caso de tuberculosis vertebral con vaciado de un absceso frío y un sequestro a través del bronquio. Con ello hay que observar, empero, que no se comprobó la presencia de bacilos tuberculosos, y al diagnóstico tuberculoso no está tampoco asegurado. Formación de sequestro se describe también en la osteomielitis. Volkmann (10) expone en un caso la expulsión de un sequestro al toser, a través de una fístula; Block sabe de un caso en el que el sequestro fué vaciado por la boca; Dodonova y Zeidaer describen asimismo un caso de sequestro en la expectoración. Schmieden (11) indica, en 20 casos de 170, la ulterior sequestrotomía.

El ensayo más importante y la prueba más segura en presencia de un absceso o de una fístula es el ensayo bacteriológico e histológico y el ensayo animal. (Inoculación a conejillos de Indias.) Oehlecker concede incluso al ensayo animal el poder de comprobación absoluto para la existencia de una tuberculosis. Un ensayo animal negativo, si la inoculación subcutánea ha sido verificada adecuadamente, descarta en su opinión una tuberculosis con toda seguridad. El ensayo bacteriológico por sí solo no es, empero, suficiente, y no demuestra nada. Tanto tuberculosos de infección y estreptococos, como también fístulas osteomielíticas antiguas de tales cultivos de mezcla. Un cultivo puro de estafilococos en la profundidad habla por lo general en favor de una osteomielitis. (per Hisplis. Méd., Sevilla, IV, 33.)

(9) Laleske *Tentralorg Chir.* 1932.

(10) Volkmann *Ztschr. Chir.* 1932.

(11) Schmieden *Hefte Zur Unfallheilk.* 41. Jharg Nr.