

ABSCESO EPIDURAL ESPINAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA

Guillermo Castillo

Servicio de Neurocirugía, Clínica Pergamino e HIGA San José, Pergamino, Pcia de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Objetivo. Describir un nuevo caso de absceso epidural espinal (AES) con presentación atípica.

Descripción. Se describe una paciente sin antecedentes patológicos, afebril, laboratorio normal, con lumbociática de 4 meses de evolución. Al examen mostró lumbalgia y ciática S1 irritativa, Lasegue + 40°, e IRM que informó extrusión discal masiva subligamentosa. Se intervino con diagnóstico de hernia de disco.

Intervención. Se abordó mediante abordaje posterior y hemilaminotomía L5 S1 izq. Al repliegue del saco manó pus, lo que modificó el planteo, ampliando laminectomía L5 con extensión hasta extremos sanos. Cuidadosa toilette y drenaje. La paciente evolucionó satisfactoriamente, pero el seguimiento por IRM mostró compromiso osteomielítico secundario lo que obligó a tratamiento antibiótico durante 6 meses, con curación clínica y por imágenes.

Conclusión. Si bien el caso se presentó como de diagnóstico y resolución sencilla, durante el acto quirúrgico se modifica el planteo. Siempre se deben tener presentes las patologías menos frecuentes para poder resolverlas adecuadamente. El AES debe considerarse una emergencia médico quirúrgica.

Palabras clave: absceso epidural, espondilodiscitis, hernia de disco, IRM.

INTRODUCCIÓN

El absceso epidural espinal es una entidad rara, con una incidencia de 1-2 casos cada 10.000 internaciones. Su origen más frecuente es la existencia de discitis u osteomielitis previa. Localizan más frecuentemente a nivel lumbar. El germen más frecuente es el estafilococo aureus. Clínicamente tiene una presentación y evolución bastante común. Datos de laboratorio, si bien no son específicos, suelen ser muy sugerentes. El interés del caso radica justamente en su presentación y evolución atípicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años, sin antecedentes patológicos, con lumbalgia seguida de ciática derecha y luego izquierda de 4 meses de evolución. No presentó otro signo o síntoma. Laboratorio y riesgo CV normal.

El único antecedente quirúrgico es una colecistectomía hace 3 años. No había herida ni trauma. La Rx de columna lumbosacra fue normal; las imágenes por resonancia magnética (IRM) mostraron una imagen compatible con extrusión discal masiva (Fig. 1). Al examen clínico mostró Lasegue +45° izquierdo y dolor a las maniobras de movilización de columna. Fue operada realizándosele abordaje posterior con hemilaminotomía L5 S1 izquierdo mínimas. Al replegar el saco dural manó pus amarilla, cremosa, cuyo cultivo desarrolló estafilococo aureus sensible al antibiótico empleado. Se amplió a laminectomía L5, exploración bilateral y hasta los límites superior e inferior de la colección. No se constató lesión ósea. Se colocó drenaje en cavidad y cierre por planos. Tratamiento atb con cefa-



Fig. 1. Imagen prequirúrgica compatible con extrusión discal masiva subligamentosa, nótese la indemnidad ósea.

lotina 8 g/d i.v. durante 2 semanas y luego v.o. La evolución fue favorable desapareciendo la ciática, pero no la lumbalgia, que mejoró pero persistió hasta 3 meses postoperación. Ante esta persistencia se realizó IRM control a las 4 semanas (Fig. 2), observando compromiso osteomielítico y discítico L5 S1, sin traducción radiológica (Fig. 3). Continuando lenta evolución favorable hasta la resolución clínica y por IRM del cuadro en 6 meses (Fig. 4).

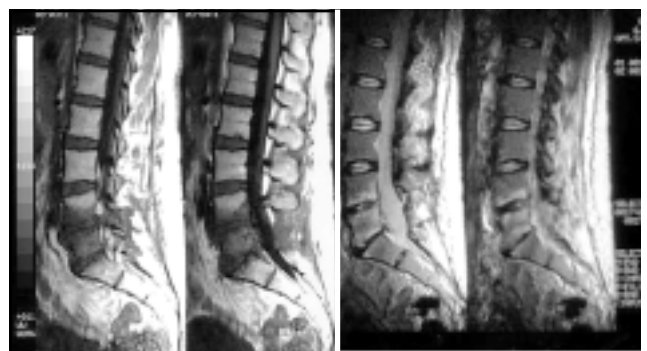


Fig. 2. Imagen 4 semanas postoperatorio. Compromiso osteomielítico L4 L5 y S1.



Fig. 3. Imagen a 8 semanas del postoperatorio. Mejoría del proceso infeccioso. Sin alteración Rx de platillos o cuerpos.



Fig. 4. Imagen a 16 semanas del postoperatorio. Resolución casi total del proceso osteomielítico

DISCUSIÓN

Se presenta este caso por ser de presentación y evolución atípicos. Usualmente una discitis u osteomielitis, preceden al AES, mientras que en este caso fue a la inversa. También son frecuentes la diseminación hematógena de foco distante, postquirúrgica, postpunciones, uso de drogas IV; como la presencia de factores predisponentes: DBT, IRC, HIV, alcoholismo, cáncer.

La bacteriología del caso sí estuvo en lo habitual, siendo un estafilococo. También son frecuentes estreptococo, E coli, pseudomona en las formas agudas. En las formas crónicas es común la TBC.

Patológicamente se ve una etapa presuprativa,

donde hay grasa friable, tumefacta y roja, sin pus. Posteriormente aparece pus y tejido de granulación, para terminar presentando sólo tejido fibroso maduro. La patogénesis de las manifestaciones clínicas y neurológicas se relacionan con compresión mecánica y trastornos vasculares medulares.

En el cuadro clínico son cardinales la fiebre y raquialgia. Comienza con dolor local que progresa a radicular, severo. Continúa con debilidad y parálisis. Esta secuencia es muy variable e impredecible temporalmente, pudiendo ser de horas o meses. Puede aparecer sepsis y meningismo. Leucocitosis es común en casos agudos. Eritro alta es la regla con una media de 86. Las imágenes son normales al principio. La IRM es el método ideal observando iso o hipo intensidad epidural en T1, hiperintensidad en T2 captando gadolinio en la periferia en agudo y homogéneo en crónicos.

El AES debe ser considerado una emergencia médico quirúrgica. Una laminectomía en los niveles afectados es la técnica estándar. Si bien hay sugerencias de inmovilización y antibiótico, el rápido e irreversible deterioro neurológico posible no aconsejan esta conducta salvo excepciones, como parálisis de más de 48 horas de evolución o riesgo quirúrgico inaceptable. La cirugía establece el diagnóstico en más del 90% de los casos, drena pus, tejido y permite otros tratamientos de ser necesario. En osteomielitis asociada con gran destrucción ósea, pueden ser necesarios abordajes anteriores o posterolaterales extracavitarios con fusión e instrumentación.

El tratamiento postoperación es reposo variable y antibiótico, según agente, presencia o no de compromiso óseo, pudiendo llegar a 6 meses.

CONCLUSIÓN

El AES es una entidad rara, potencialmente grave, que compromete la función medular y aún la vida. Si bien en la literatura se presentan alternativas de tratamiento médico conservador, debe ser considerada como una emergencia médico quirúrgica. Este caso muestra la amplia variabilidad del cuadro clínico y evolución, habiendo resultado excelente, mediante una sencilla cirugía y tratamiento antibiótico.

Bibliografía

1. Ramana Reddy SV, Hadley MN. Spinal epidural infections. En Tyndall GT, Cooper PR, Barrow DL editors. The practice of neurosurgery, 1a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996; pp 3481-95.
2. Flannery AM, Allen MB. Spinal infections. En Herkowitz HN, Garfin SR, Balderston RA, Eismont FJ, Bell GR, Wiesel SW, editores. Rothman-Simeone the spine Editors. Philadelphia: Saunders Co; 1999, pp 1437-44.
3. Allen MB, Beveridge W. Spinal epidural and subdural abscess. En Wilkins RH and Rengachary SS, editores. Neurosurgery, vol 3, New York: McGraw-Hill, 1985; 1972-4.
4. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. Florida: Greenberg Graphics, 1997.

ABSTRACT

Objective: to describe a new case of spinal epidural abscess with an atypical presentation.

Description: a female patient with 41 years-old, with a normal previous history and laboratory tests, presented with a 4 months history of bilateral sciatic and back pain. Clinical examination showed a left Lasegue sign. Magnetic resonance showed an image of massive lumbar herniated disc.

Intervention: she was taken to surgery and an hemilaminectomy was performed. Only pus was obtained that was positive for *stafilococcus aureus*. Sciatic pain disappeared but in spite of the

antibiotic treatment back pain persisted. A new magnetic resonance performed 4 weeks later showed signs of spondylodiscitis in L4-L5 and L5-S1. With the antibiotic treatment the images normalized after 6 months.

Conclusion. The case seemed to be simple but during surgery the diagnosis was modified. Less frequent pathologies should always be considered. The epidural spinal abscess should be treated as a surgical emergency

Key words: discal hernia - epidural abscess - magnetic resonance imaging - spondylodiscitis.

COMENTARIO

El Dr. Castillo presenta un caso de absceso epidural primario sin clínica ni estudios diagnósticos típicos. Esto es posible en un pequeño porcentaje de casos y, además, hay que tener en cuenta que el diagnóstico se hace correctamente en menos del 20% de los casos¹. En el postoperatorio, la persistencia de una lumbalgia, obligó al autor a reestudiar al paciente. Esta vez sí encontró imágenes características de espondilodiscitis en la resonancia magnética en dos niveles, que se resolvieron en 6 meses luego del tratamiento antibiótico. Los abscesos epidurales pueden ser primarios (por inoculación directa)

o secundarios (por extensión de una espondilodiscitis). Es posible la extensión de abscesos primarios a través del ligamento vertebral posterior produciendo una espondilodiscitis. Sin embargo, no habría que descartar la contaminación intraoperatoria.

□ Juan J. Mezzadri

1. Zeidman SM, Ducker TB. Infectious complications of spine surgery. En: EC Benzel, editor. Spine Surgery: Techniques, Complication Avoidance, and Management. Philadelphia; Elsevier, Inc. 2005, pp. 2013-26