

Absceso Espinal Epidural secundario a bloqueo terapéutico. Presentación de un caso.

Epidural spinal abscess secondary to therapeutic blockade. Presentation of a case.

AUTORES

Dra. Nereida Rosa Estorino Escaig. (1)

Dr. Eligio Vidal Jiménez. (2)

Dr. Crecencio Aneiro Alfonso. (3)

1) Especialista de I Grado en Radiología. Profesora Instructora. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López Tabrane. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Neurocirugía. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López Tabrane. Matanzas.

3) Especialista de I Grado en Neurocirugía. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López Tabrane. Matanzas.

RESUMEN

El Absceso Espinal Epidural es una colección purulenta que se localiza entre la duramadre y el canal raquímedular, siendo una entidad rara, y constituye una situación devastadora, causando una alta morbimortalidad si no se le da un seguimiento adecuado. Se origina por extensión directa (contigüidad, procedimientos invasivos locales) o por diseminación a partir de focos infecciosos a distancia (vía hematológica). Tiene una incidencia de 1 por cada 10 000 pacientes, con mayor afección en la tercera edad (sexta década), sin obviar las demás, incluyendo la infancia, con reportes en la literatura de más de 90 casos; con el advenimiento de drogas que se utilizan por vía endovenosa hay tendencia a aumentar en la población joven, así como, un predominio del sexo masculino. Es una patología de baja incidencia, la fiebre y el dorso lumbalgia son los síntomas más frecuentes, seguido de dolor de distribución radicular asociado a déficit motor y trastornos de esfínter tanto anal como vesical. En ocasiones puede desarrollar un cuadro séptico, llegando al shock séptico. El estudio de elección es la resonancia magnética con gadolinio. Constituye una urgencia tanto neuroquirúrgica como infectológica. En los pacientes con déficit neurológico, la cirugía es el tratamiento de elección, sumado a la antibióticoterapia.

DeCS:

DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL/ complicaciones

ABSCESO EPIDURAL/ etiología

ABSCESO EPIDURAL/ diagnóstico

ABSCESO EPIDURAL/ microbiología

ABSCESO EPIDURAL/ radiografía

ABSCESO EPIDURAL/ cirugía

ABSCESO EPIDURAL/ quimioterapia

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA POR RAYOS X/ métodos

IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA/ métodos

HUMANOS

FEMENINO

ANCIANO

INFORME DE CASOS

INTRODUCCIÓN

El Absceso Espinal Epidural (AEE) es una colección purulenta que se localiza entre la duramadre y el canal raquimedular, siendo una entidad rara, y constituye una situación devastadora, causando una alta morbimortalidad si no se le da un seguimiento adecuado. Se origina por extensión directa (contigüidad, procedimientos invasivos locales) o por diseminación a partir de focos infecciosos a distancia (vía hematológica). (1,3,6)

Tiene una incidencia de 1 por cada 10 000 pacientes, con mayor afección en la tercera edad, sin obviar a las demás, incluyendo a la infancia con reporte en la literatura mundial de más de 90 casos; con el advenimiento de nuevas drogas que se utilizan por vía endovenosa, hay tendencia de aumentar en la población joven, con un predominio del sexo masculino. (2,3,8,9) Es un proceso que afecta de forma global, pero con mayor incidencia en naciones donde la longevidad es primordial (1er mundo), y en países subdesarrollados donde la tuberculosis, consumo de drogas y VIH tienen sus mayores estragos, sin obviar en estos parámetros a los desarrollados. (2,3,8,9)

Esta entidad puede formarse en la porción anterior como posterior del espacio epidural espinal, ocupando varios segmentos vertebrales o gran parte de la columna vertebral, provocando lesión del cordón medular y raíces por compresión mecánica directa o indirectamente por trombosis del plexo venoso espinal. (1,3,5,10,11)

Desde el punto de vista etiológico, el germen más encontrado es el estafilococo áureo en un 60 a un 80 % de los casos, sin dejar de mencionar otros como estreptococo, bacilos gram negativos como los colibacilos, *escherichia coli*, *micobacterium tuberculosis*, con un aumento en las últimas décadas, y hongos como el *aspergillus*. (1,3,7,9,11)

Los factores de riesgos más involucrados en esta patologías son la inmunodepresión, tuberculosis, diabetes mellitus, post punción para estudios del LCR, bloqueos, inyecciones, edad avanzada, alcoholismo, drogadicción, sepsis concomitante, traumas multisistemas, cirugías, VIH y otras.

Referente a localización, es predominantemente en región dorso lumbar con un 80 %, y con una menor tendencia en el segmento cervical, así como el estudio de elección es la resonancia magnético nuclear con gadolinio, y su pronóstico depende del diagnóstico precoz, cuadro neurológico al ingreso, tiempo de instauración del mismo, antibiótico terapia y cirugía. (2,5,6,8,10)

El objetivo del presente trabajo es describir y analizar el tratamiento de un paciente con Absceso Epidural Espinal por bloqueo terapéutico (bloqueo peridural).

Se analizó los resultados en un paciente de la tercera edad, atendida en nuestro servicio, con cuadro séptico y deficitario neurológico. Los datos fueron recogidos de la historia clínica y presentados en el siguiente reporte de caso.

REPORTE DE CASO

Fémica de 66 años de edad de procedencia rural, diabética tipo II, hipertensa e inmuno deprimida con antecedentes de tratamiento percutáneo por lumbociatalgia debido a hernia discal lumbar baja L4-L5; comienza con dolor dorso lumbar con irradiación a ambos miembros inferiores con predominio del derecho y fiebre. A la semana de realizado dicho proceder, los mismos se van intensificando en el decursar de los días, asociándose toma motora con pérdida de la fuerza muscular (paraparesia flácida). Además, le sigue con dolor radicular, acroparestesias que no alivian a los tratamientos indicados. Posteriormente, se adiciona trastornos de esfínter, ano vesical, palidez y frialdad cutánea, mucosas pálidas, taquicardia, sudoración, pérdida de peso, confusión mental. Complementarios realizados a dicha paciente arrojaron los siguientes resultados:

- Hemograma con cifras de hemoglobina en 10 g/l.
- Leucograma: Leucocitosis marcada por encima de 15 a predominio de segmentados.
- Eritrosedimentación: 109 mm.
- Cultivo de la secreción positivo a estafilococos aureus.

Estudios Imagenológicos

- TAC positiva con signos de osteomielitis en los cuerpos vertebrales, láminas y procesos espinosos a nivel de L-3, L-4, L-5.
- R.M.N positiva a colección en el espacio epidural lumbar (L3-L5) con compresión de la causa equina, signos de osteomielitis de los cuerpos vertebrales, procesos espinosos, láminas, así como colección a nivel de las partes blandas de la región.

Una vez que se tiene el diagnóstico de Absceso Epidural se decide realizar cirugía de urgencia, practicándosele laminectomía desde L3 a L5 con la evacuación de todo el material

purulento y descompresión del saco dural, seguido de una amplia *toilet*, retirando todo el tejido necrótico y material purulento de la zona afectada. Igualmente, se asocia al proceder lavados continuos en gran escala con soluciones antisépticas y antibióticos, independientemente de su tratamiento intensivo con antibióticos parenterales. Después de un intensivo trabajo donde se combinó la antibioticoterapia, la cirugía y la rehabilitación temprana en la cama del paciente, se logró una evolución satisfactoria y total restablecimiento de la paciente a su vida socialmente útil.

IMAGEN I



IMAGEN II



IMAGEN III

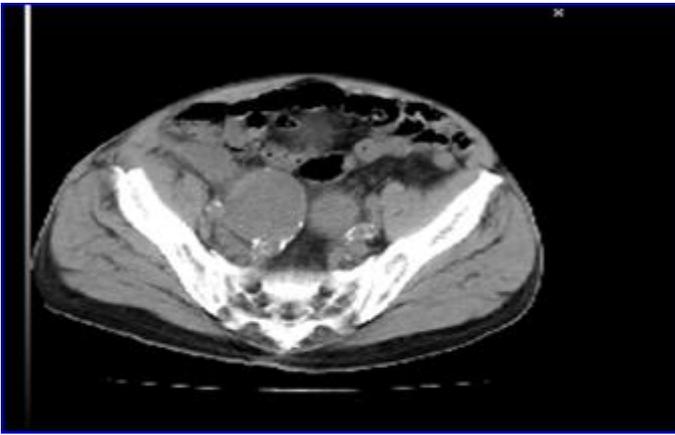


FOTO I



FOTO II



FOTO III



FOTO IV



CONCLUSIONES

El Absceso Epidural Espinal es una urgencia tanto neuroquirúrgica como infectológica. En los pacientes con déficit neurológico la cirugía es el tratamiento de elección. La antibiótico terapia tiene una importancia vital en el tratamiento de esta enfermedad. La Resonancia Magnética Nuclear es esencial en el diagnóstico de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS

1. Soehle M, Wallenfang T. Spinal epidural abscesses: clinical manifestations, prognostic factors, and outcomes. *Neurosurgery* 2002;51:79-87.
2. Reishaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a meta-analysis 915 patients. *Neurosurg Rev* 2000;23:175-204.
3. Joshi SM, Hatfield RH, Martin J, Taylor W. Spinal epidural abscess: a diagnostic challenge. *Br J Neurosurg* 2003;17:160-3.
4. Tang HJ, Lin HJ, Liu YC, Li CM. Spinal epidural abscess-experience with 46 patients and evaluation of prognostic factors. *J Infect* 2002;45:76-81.
5. Ares B, Prieto JM, Dapena MD, García-Allut A, Lema M. Absceso epidural espinal secundario en traumatismo faríngeo alimentario. *Rev Neurol* 2001;32:1049-51.
6. Cross RK Jr, Howell C. Two cases of spontaneous epidural abscess in patients with cirrhosis. *South Med J* 2003;96:291-3.

7. Alemán-Rivera A, Hernández Borroto CE. Paraplejía súbita por absceso epidural espinal. Presentación de un caso. Rev Neurol 2000;30:797-800.
8. Berger JR, Sabet A. Infectious myelopathies. Semin Neurol 2002; 22:133-42.
9. Hadjipavlou AG, Mader JT, Necessary JT, Muffoletto AJ. Hematogenous pyogenic spinal infections and their surgical management. Spine 2000;25:1668-79
10. Von Reyn CF, Mark EJ. Case records of the Massachusetts General Hospital. A 33-years old man with a rash, pulmonary infection, and neurologic disorders. N Engl J Med 2001;345:1263-9.
11. Barnes G, Benjamin S, Bowen JD, Cutter N, de Lauter BJ, Dietrich WD, et al. for the Transverse Myelitis Consortium Working Group. Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. Neurology 2002;59:499-505.
12. Mark A. Enfermedades infecciosas e inflamatorias de la columna vertebral. En: Orrison W Jr, editor. Neuroradiología. Madrid: Harcourt; 2001 .p. 1369-79.

SUMMARY

The epidural spinal abscess is a purulent collection located between the dura mater and the rachimedular duct, being an unusual entity but a devastating situation, and causing a high morbimortality if it is not followed adequately. It is originated by direct extension (contiguity, local invasive procedures) or by dissemination from distant infectious focuses (hematogenic way). It has an incidence of 1 per 10 000 patients, with a bigger incidence in the third age (sixth decade), but without obviating the others, including childhood with literature reports of more than 90 cases; with the advent of drugs used endovenously, there is an increasing tendency in young population, and also a predominance of the male sex. It is low incidence pathology; fever and dorsolumbalgy are the most frequent symptoms, followed by radicular distributed pain, associated to motor deficit and anal and vesical sphincter disturbances. Occasionally it can develop a septic picture that reaches even a septic shock. The selected study is the magnetic resonance with gadolinium.

MeSH:

INTERVERTEBRAL DISK DISPLACEMENT/ complications
EPIDURAL ABSCESS/ etiology
EPIDURAL ABSCESS/ diagnosis
EPIDURAL ABSCESS/ microbiology
EPIDURAL ABSCESS/ radiography
EPIDURAL ABSCESS/ surgery
EPIDURAL ABSCESS/ drug therapy
TOMOGRAPHY, X-RAY COMPUTED/ methods
MAGNETIC RESONANCE IMAGING/ methods
HUMANS
FEMALE
AGED
CASE REPORTS

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Estorino Escaig NR, Vidal Jiménez E, Aneiro Alfonso C. Absceso Espinal Epidural secundario a éutico. Presentación de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2010;32(1). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema10.htm>

[consulta: fecha de acceso]