

## Absceso epidural espinal. Presentación de un caso clínico

### *Spinal epidural abscess. A clinical case*

A. Vázquez<sup>1</sup>, E. Portillo<sup>1</sup>, J. Guridi<sup>1</sup>, A. Gallo-Ruiz<sup>1</sup>, J. Azcona<sup>1</sup>, I. Zazpe<sup>1</sup>, J. Olier<sup>2</sup>

#### INTRODUCCIÓN

Los abscesos epidurales espinales son patologías poco frecuentes, presentándose aproximadamente uno de cada 10.000 ingresos en un hospital<sup>1,2</sup>. Su presentación clínica habitual es en forma de dolor raquídeo, fiebre y déficit neurológico. El agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*<sup>3,4</sup>, aunque en pacientes inmunodeprimidos pueden encontrarse otro tipo de gérmenes, como el *Aspergillus*<sup>5</sup>. El diagnóstico de sospecha clínico se confirma por los hallazgos de laboratorio (leucocitosis con desviación izquierda) y fundamentalmente mediante estudios de neuroimagen de RNM raquídea. El diagnóstico y tratamiento precoz va a ser el factor pronóstico más importante en cuanto a posibilidades de recuperación y supervivencia<sup>3,6</sup>.

Presentamos el caso de un paciente que ingresa de urgencia con cuadro febril y clínica neurológica sugestiva de compresión medular aguda, que fue diagnosticado de un absceso epidural espinal mediante estudio de RNM y que, una vez sometido a tratamiento quirúrgico urgente, evolucionó de forma satisfactoria, con recuperación completa de su déficit neurológico.

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 47 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de 8 horas de evolución de pérdida de fuerza en pierna izquierda e hipoestesia en pierna derecha, refiriendo dolor a nivel dorsal de 3 días de evolución, presentando además febrícula de 36,7°. A la exploración física se evidencia una paresia de pierna izquierda de predominio proximal con disminución de reflejos, hipoestesia derecha con nivel sensitivo D10 y dolor a la percusión dorsal. En la analítica sanguínea se aprecia una leucocitosis (12.100). En las siguientes horas el déficit motor progresa, instaurándose una paraparesia y retención vesical. Se realiza una RNM dorso-lumbar con contraste paramagnético que muestra una imagen compatible con un absceso epidural a nivel dorsal, posterior a la médula espinal (D7-D9) (Fig. 1). Es intervenido quirúrgicamente de urgencia el mismo día de su ingreso, practicándose laminectomía dorsal y evacuación de tejido purulento epidural. Posteriormente se inicia tratamiento antituberculoso, gentamicina y cloxacilina. La evolución postquirúrgica es satisfactoria, recuperando el paciente los déficits motores y sensitivos de forma progresiva hasta una recuperación total. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de absceso epidural, con crecimiento de *Staphylococcus aureus* en cultivo, por lo que se suspendió la terapia antituberculosa, prosiguiéndose tratamiento con cloxacilina i.v. durante 4 semanas.

ANALES Sis San Navarra 2000; 23 (2): 347-350.

1. Servicio de Neurocirugía.
2. Servicio de Neurorradiología. Hospital de Navarra.

Acceptado para su publicación el 17 de abril de 2000.

#### Correspondencia

Alfonso Vázquez Míguez  
Servicio de Neurocirugía  
Hospital de Navarra  
Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 422190  
Fax 948 422303

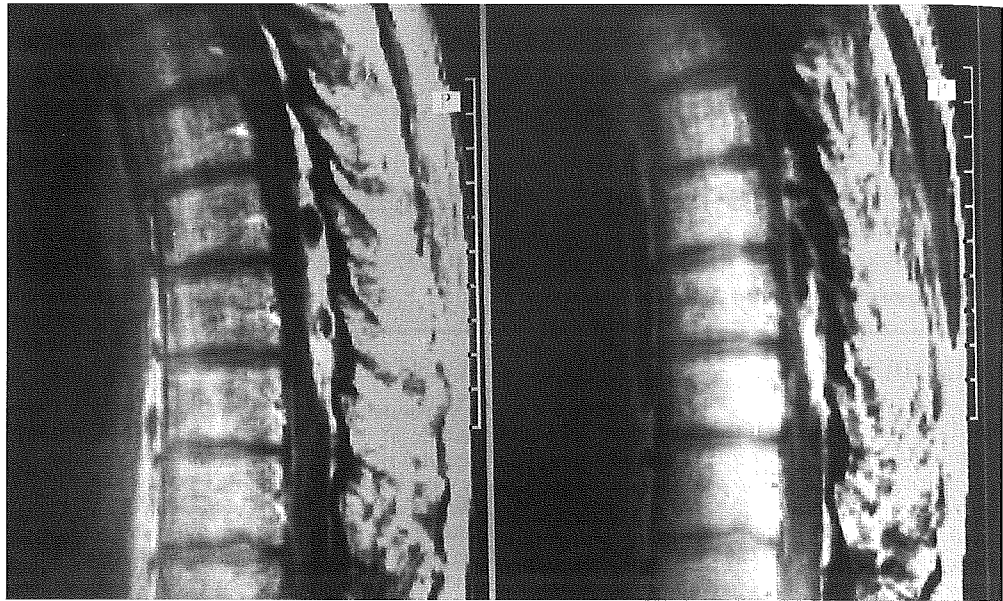


Figura 1. RMN dorso-lumbar con imagen compatible de absceso epidural.

## DISCUSIÓN

Los abscesos espinales epidurales son hoy en día una rara patología en un servicio neuroquirúrgico, aproximándose su incidencia a uno de cada 10.000 pacientes ingresados en un hospital terciario. La edad media de presentación ronda los 60 años en grandes series de pacientes<sup>1-4</sup>.

La fiebre y el dolor raquídeo son los síntomas más frecuentes de presentación, seguidos por dolor de distribución radicular y disfunción neurológica que se puede manifestar como déficit motor (desde un grado leve a un déficit completo) o trastorno esfinteriano<sup>1-4</sup>. En ocasiones, el paciente puede desarrollar un cuadro de septicemia con fiebre elevada, confusión, taquicardia, sudoración, que puede enmascarar la clínica neurológica.

La localización más frecuente es en el raquis dorso-lumbar y más raramente se localizan en regiones dorsal alta o cervical. La mayoría se localizan en la porción posterior del canal raquídeo (aproximadamente un 80%); los de localización anterior

suelen acompañarse de discitis u osteomielitis concomitante.

La prueba diagnóstica de elección actualmente es la RNM con contraste paramagnético, que muestra la localización y extensión del absceso<sup>3,4,6</sup>. La capacidad multiplanar y la posibilidad de mostrar tejidos blandos, confiere una ventaja sustancial a la RNM sobre el TAC y la mielografía convencional. Una analítica sanguínea mostrará generalmente leucocitosis con desviación izquierda, con elevación de la VSG e incluso es posible obtener hemocultivos positivos al germen responsable en pacientes con síntomas de septicemia.

El germen causal más habitual es el *Staphylococcus aureus*<sup>1-4,6-8</sup>, que coloniza el espacio epidural por vía hematógena desde un foco en piel o tejidos blandos. En el caso que documentamos éste era el agente causal. Este germen es responsable de entre el 45 y el 75 % de los abscesos espinales epidurales, según las series recogidas. Otros gérmenes causantes son bacilos Gram negativos, principalmente en

pacientes consumidores de drogas por vía intravenosa<sup>4,5</sup>. En inmunodeprimidos se han descrito abscesos causados por hongos, siendo el *Aspergillus* agente causal en pacientes con SIDA<sup>6</sup>. En pacientes tratados previamente con antibióticos de forma intensiva se han descrito casos de abscesos causados por el género *Cándida*<sup>9</sup>. Los abscesos causados por *Mycobacterium tuberculosis* eran frecuentes antes de mediados de este siglo, llegando a ser el causante del 25% de los casos de algunas series<sup>7</sup>; actualmente, con el resurgir de la TBC en pacientes infectados por el HIV, se puede esperar un incremento de este germen como responsable de esta patología. Otros gérmenes más raros y parásitos han sido descritos como agentes etiológicos<sup>10</sup>.

Como se ha mencionado antes, generalmente el germen alcanza el espacio epidural por vía hematógena. Los procedimientos quirúrgicos o diagnósticos invasivos sobre la columna, pueden desencadenar la formación de abscesos epidurales, así se han descrito casos tras someter a pacientes a anestesia epidural, empleo de catéteres epidurales temporales, mielografía y discografía<sup>11-13</sup>. Otros factores predisponentes al desarrollo de esta patología son la diabetes, traumatismos espinales, insuficiencia renal en diálisis, alcoholismo e inmunodeficiencias<sup>4,6,7</sup>.

El tratamiento debe iniciarse de forma inmediata tras el diagnóstico. En pacientes con déficit neurológico se deberá realizar un drenaje quirúrgico del absceso de forma urgente, lo cual permite además confirmar el diagnóstico y obtener muestras para cultivo; posteriormente se instaurará tratamiento antibiótico específico. Sin embargo en pacientes sin déficit neurológico, si éste es mínimo, o de alto riesgo quirúrgico, la aspiración percutánea seguida de tratamiento antibiótico sin cirugía es una opción aceptable, aunque manteniendo al paciente bajo estricta observación neurológica en un centro donde se pueda realizar una terapéutica quirúrgica urgente. En nuestro Servicio de Neurocirugía se han tratado previamente tres pacientes de forma conservadora con buen resultado<sup>14</sup>. Los antibióticos empleados deben ser específicamente antiestafilocócicos, por lo que usamos cloxacilina

más aminoglucósido por vía intravenosa durante cuatro semanas.

El pronóstico de los abscesos espinales epidurales va a depender fundamentalmente de la situación general y neurológica del paciente cuando se diagnostica la enfermedad, del tiempo de evolución del cuadro y de la rapidez en el establecimiento de un tratamiento adecuado (quirúrgico o con antibióticos.) Todos los autores revisados coinciden en que el tiempo de evolución del déficit neurológico es el factor más importante que va a determinar la posibilidad de recuperación del cuadro clínico<sup>1-4,6,7</sup>; en lo que existe discrepancia es durante cuántas horas va a ser recuperable el paciente. Khanna y col en una serie de 41 pacientes establecieron una graduación de riesgo pronóstico de 0 a III teniendo en cuenta los siguientes factores: edad mayor o menor de 60 años, compresión del saco tecal mayor o menor del 50% y duración de los síntomas más o menos de 72 horas<sup>3</sup>.

La mortalidad va a estar en relación directa con el retraso en el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento adecuado variando según las series entre el 5 y el 20%<sup>1-4,6,7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DAROUICHE RO, HAMILL RJ, GREENBERG SB, WEATHERS SW, MUSER DM. Bacterial spinal epidural abscess: Review of 43 cases and literature survey. *Medicine* 1992; 71: 369-385.
2. NUSSBAUM ES, RIGAMONTI D, STANDIFOSR H, NUMAGUCHI Y, WOLF AL, ROBINSON W L. Spinal epidural abscess: A report of 40 cases and review. *Surg Neurol* 1992; 38: 225-231.
3. KHANNA RK, MALIK GM, ROCK JP, ROSENBLUM ML. Spinal epidural abscess: evaluation of factors influencing outcome. *Neurosurgery* 1996; 39: 958-964.
4. RIGAMONTI D, LIEM L, SAMPATH P, KNOLLER N, NAMAGUCHI Y, SCHREIBMAN DL et al. Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation, and management. *Surg Neurol* 1999; 52: 189-196.
5. GO BM, ZIRING DJ, KOUNTZ DS. Spinal epidural abscess due to *Aspergillus* sp. in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *South Med J* 1993; 86:957-960.
6. MACKENZIE AR, LAING RBS, SMITH CC, KAAR GF, SMITH FW. Spinal epidural abscess: The

- importance of early diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65: 209-212.
7. DEL CURLING O, GOWER DJ, McWHORTER JM. Changing concepts in spinal epidural abscess: A report of 29 cases. *Neurosurgery* 1990; 27: 185-192.
  8. KAUFMAN DM, KAPLAN JG, LITMAN N. Infectious agents in spinal epidural abscess. *Neurology* 1980; 30: 844-850.
  9. HARVEY AL, MYSLINSKI J, ORTIZ L. A case of *Nocardia* epidural abscess. *J Emerg Med* 1998; 16: 579-581.
  10. KHWAJA MS, DOSSETOR J, LAWRIE JH. Extradural Guinea-worm abscess. Report of two cases. *J Neurosurg* 1975; 43: 627-630.
  11. JUNILA J, NIINIMÄKI T, TERVONEN O. Epidural abscess after lumbar discography. A case report. *Spine* 1997; 22: 2191-2193.
  12. SARUBBI FA, VASQUEZ JE. Spinal epidural abscess associated with the use of temporary epidural catheters: Report of two cases and review. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 1155-1158.
  13. SMITT PS, TSAFKA A, TENG-VAN DE ZANDE F, VAN DER HOLT R, ELSWIJK-DE VRIES I, ELFRINK E et al. Outcome and complications of epidural analgesia in patients with chronic cancer pain. *Cancer* 1998; 83: 2015-2022.
  14. GURIDI J, GIL JL, OLIER J, URIZ J, AGUILERA F. Abscesos epidurales espinales. Tratamiento conservador. A propósito de tres casos. *Neurología* 1993; 8: 152-155.