

Caso	(515) Absceso de canal vertebral epidural: una rara entidad a descartar en un paciente con lumbalgia.
Autores	Estefania Ferré Rubio, Esther Izquierdo Milla, Carlos Borrega Harinero, Jose Vicente Roncero Cano, Sergio Gutiérrez Salazar, Ana Isabel Reyes Romero
Centro	Hospital Universitario De Móstoles

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 57 años, que consulta en urgencias por dolor lumbar bilateral de predominio izquierdo irradiado a ambos MMII, con pérdida de fuerza, impotencia funcional e incapacidad para la deambulacion de 3 días de evolución. Asocia fiebre de 38°C e hipotensión. Antecedentes de interés: monorreno funcional dcho, poliomyelitis con secuelas en MID. Analíticas: Sedimento urinario patológico, bioquímica sanguínea: 20.000 leucocitos, PCR 514 y empeoramiento de función renal (creatinina 2'8, basal normal). Rx abdomen: normal. Se solicita TC abdomen para descartar litiasis. En TC de abdomen no se evidencian alteraciones patológicas, por lo que ante el cuadro clínico referido, se decide realizar RM columna lumbar urgente para completar estudio: Extensa LOE en margen posterior de canal raquídeo que se extiende desde L3 hasta S1-S2, de unos 10 cm de diámetro craneocaudal, que parece respetar la grasa epidural, contactando y desplazando las raíces de la cola de caballo en estos niveles. Se muestra hipointenso en T1, hiperintenso en T2 y STIR. No se puede valorar realce dado la ausencia de contraste. Estos hallazgos, dado el contexto séptico del paciente, sugieren como primera posibilidad absceso espinal, probablemente epidural. Durante el ingreso, los hemocultivos fueron positivos para *S. aureus* multisensible.

DISCUSIÓN

El absceso epidural es una infección rara del SNC que cursa con sintomatología inespecífica. Si no se trata precozmente puede provocar secuelas neurológicas severas (parálisis irreversible) e incluso la muerte, por tanto, es una emergencia médico-quirúrgica.

La localización más frecuente es el espacio epidural posterior en región lumbar o dorsal baja. Cuando se localiza en región anterior, se asocia frecuentemente a osteomielitis vertebral. La rápida acumulación de material purulento en el espacio epidural, va a producir daño medular por compresión directa o isquemia local.

La tríada clínica característica consiste en dolor dorsolumbar, fiebre y sintomatología neurológica, que no siempre va a estar presente (sólo en 9-33%), lo cual provoca en la mayoría de los casos un retraso diagnóstico.

El gold standard para el diagnóstico es la RM con gadolinio, que determina localización y extensión del absceso. El diagnóstico etiológico se realiza obteniendo una muestra de la colección.

El agente causal principal es el *S. Aureus* (60-70%), y su mecanismo etiopatogénico más frecuente es la diseminación hematogena de un episodio de bacteriemia, un

absceso u osteomielitis, o también por inoculación directa a través de un traumatismo local, cirugía espinal o colocación de catéteres epidurales.

Los factores de riesgo para desarrollar esta entidad son: diabetes mellitus seguido del traumatismo raquídeo, uso de drogas endovenosas, alcoholismo, inmunosupresión, cirugía raquídea, colocación de inyecciones o catéteres epidurales, y obesidad.

El tratamiento es multidisciplinar, requiere descompresión quirúrgica medular precoz y antibioterapia intravenosa. Si se realiza de forma precoz, el pronóstico generalmente es bueno (recuperación completa), no obstante, si se demora, las consecuencias pueden llegar a ser mortales.

CONCLUSIÓN

El absceso epidural es una entidad poco frecuente que se presenta con sintomatología inespecífica, pero que hay que tener presente en el diagnóstico diferencial de una dorsolumbalgia en un contexto infeccioso, cuando la clínica del paciente no se corresponda con el resultado de las exploraciones complementarias, como en el caso que nos ocupa, que tras no visualizar patología abdominal, se decidió progresar el estudio hasta llegar al diagnóstico definitivo, lo cuál permitió que se pudiera realizar un tratamiento precoz que llevó a la recuperación completa del paciente.

Al ser una entidad grave y potencialmente mortal, es importante descartarla realizando los estudios radiológicos que sean necesarios; en este caso el Gold Standard sería la RM con gadolinio (salvo contraindicación por deterioro del filtrado glomerular, como en nuestro caso).

Es muy importante por tanto, una rápida actuación y una orientación clínica adecuada que permita llegar de forma rápida al diagnóstico, ya que si no se trata precozmente puede tener graves secuelas neurológicas, e incluso llevar a la muerte del paciente.

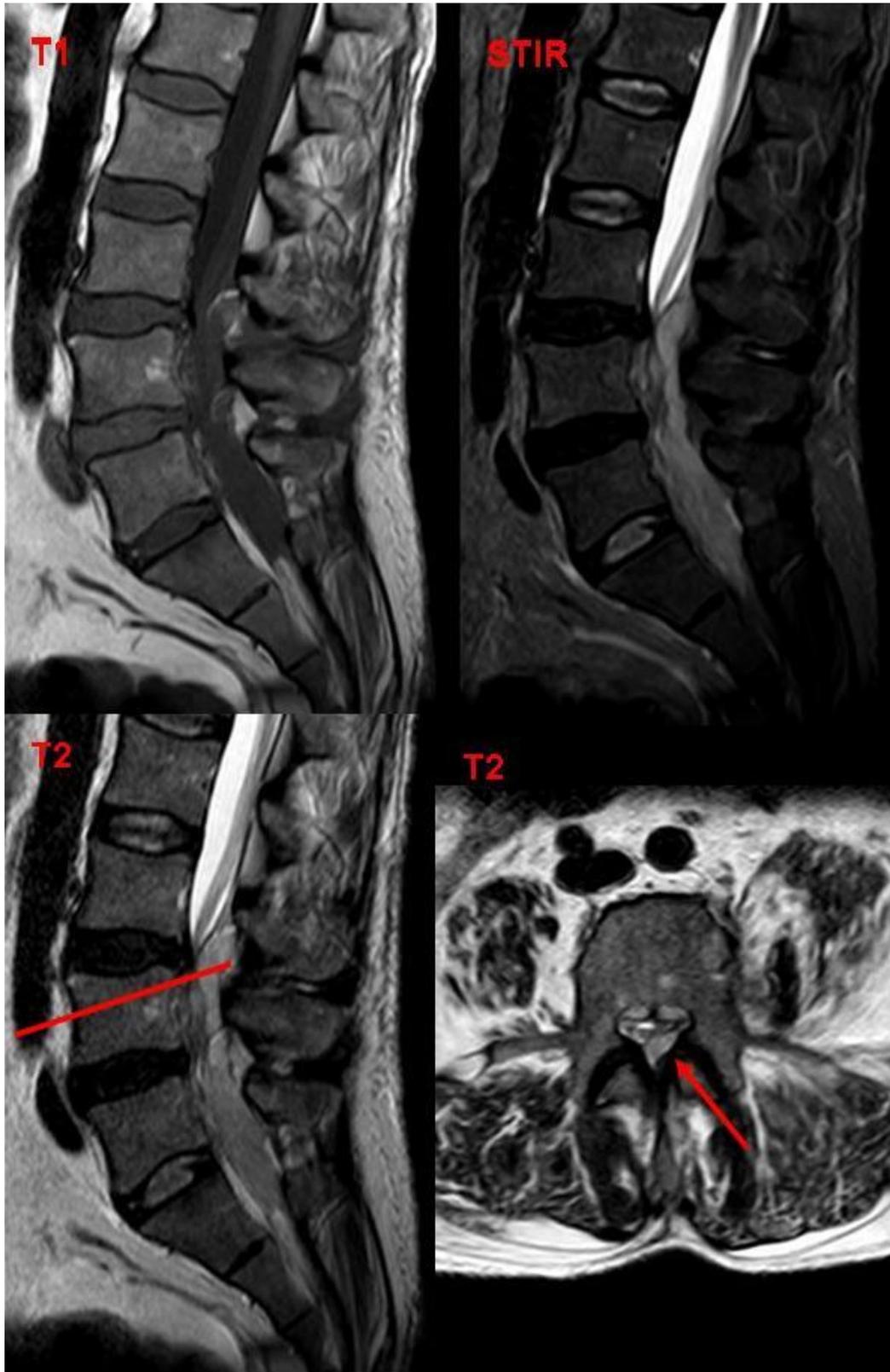


Fig. 1: Cortes sagitales de RM en secuencias T1, STIR y T2, y corte axial T2. En las diferentes imágenes se muestra una lesión ocupante en margen posterior del espacio vertebral desde L3 a S1-S2, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y STIR que corresponde al absceso epidural. En las imágenes inferiores se muestra el corte axial T2 (reflejada la altura con la línea en sagital T2). La flecha muestra la LOE hiperintensa que abomba la duramadre (hipointensa) y desplaza las raíces nerviosas, que corresponde con el absceso epidural.

BIBLIOGRAFÍA

K. Rosc-Bereza, M. Arkuszewski, E. Chiach-Wysocka, M. Boczarska-Jedynak. Spinal Epidural Abscess: Common Symptoms of an Emergency Condition. A Case Report. *The Neuroradiology Journal* 26: 464-468, 2013.

A. R. Mackenzie, R. B. S. Laing, C. C. Smith, G. F. Kaar, F. W. Smith. Spinal epidural abscess: the importance of early diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;65:209-212.

Akhondi H, Baker MB. Epidural Abscess. [Updated 2021 May 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535450/>.