

INFORME DE CASO

Absceso espinal epidural secundario a forúnculo de codo izquierdo. Presentación de un paciente

Secondary spinal epidural abscess to boil left elbow.
Presentation of a patient

Dr. Eugenio Águila Hurtado¹
Dr. José Enrique Vaquer Fernández²
Dr. Ernesto Fidel Ardisana Santana³

¹ Especialista de I Grado en Neurocirugía. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Especialista de I Grado en Neurocirugía. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

³ Residente de segundo año de Neurocirugía. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

El absceso epidural es una colección de pus en un espacio, se presenta en cinco personas por cada 10 000, es una emergencia médica por el riesgo potencial de compresión medular y posibilita la progresión de un defecto motor irreversible al originar isquemia o trombosis de los vasos nutricios medulares. Se presenta el caso de un paciente de 24 años, masculino, blanco, de procedencia urbana, con antecedentes de salud aparente, que dos meses antes del ingreso presentó forúnculo a nivel del codo izquierdo y que comenzó luego con un cuadro correspondiente al síndrome de la cola de caballo. Los estudios imagenológicos mostraron la presencia de un absceso espinal epidural que fue tratado con antimicrobianos y con intervención quirúrgica; su evolución fue satisfactoria.

Palabras claves: absceso epidural, forunculosis, staphylococcus aureus

ABSTRACT

The epidural abscess is a collection of pus in a space, it is presented in five people per 10,000, it is a medical emergency because of the potential risk of spinal cord compression and enables the progression of a irreversible motor defect to cause ischemia or thrombosis of nutritive vessels core. It is presented a male patient of 24 years old, white of urban origin, with a history of apparent health, two months before admission he presented boil in his left elbow and then began with a corresponding picture to the syndrome ponytail. Imaging studies showed the presence of a spinal epidural abscess that was treated with antibiotics and surgery; his evolution was satisfactory.

Key words: epidural absceso, furunculosis, staphylococcus aureus

El espacio epidural espinal es el área entre la duramadre y el canal vertebral, desde el agujero magno hasta el sacro, que contiene vasos linfáticos, raíces nerviosas, tejido graso y pequeñas arterias. El absceso epidural es una colección de pus en ese espacio que se presenta en cinco personas por cada 10 000 aproximadamente, ¹ es una emergencia médica por el riesgo potencial de compresión medular y

posibilita la progresión de un defecto motor irreversible al originar isquemia o trombosis de los vasos nutricios medulares. El absceso epidural es más común en la sexta y la séptima décadas de la vida; es necesario establecer alguna inmunodeficiencia si se presenta en personas jóvenes. El 50% de las infecciones a este nivel llegan por diseminación hematógena; un por ciento mucho menor lo hace por inoculación directa. El *Staphylococcus aureus* es el microorganismo más comúnmente aislado, seguido por los gram negativos como la *Escherichia coli* y la *Pseudomonas spp.*²

La infección del espacio epidural, aunque es rara, presenta manifestaciones clínicas que son familiares dentro de la práctica médica, lo que puede facilitar su diagnóstico, aunque ocasionalmente están solo limitadas al sistema nervioso; en otras circunstancias su presentación es aguda con curso, evolución y pronóstico más sombrío si no se diagnostica y se trata de forma oportuna. La infección del espacio epidural espinal se origina a partir de metástasis hematógenas procedentes de un foco local que se extiende al espacio epidural a expensa de un cuerpo vertebral o del disco; en otras ocasiones se produce a partir de un foco a distancia en el curso de una bacteriemia que puede tener, como punto de partida, la piel, la faringe, los abscesos dentales, la inflamación pélvica, la otitis, la mastoiditis o las úlceras por decúbito, y también en personas con antecedentes de intervención quirúrgica de espalda u otros procedimientos invasivos que involucren la columna vertebral o de furúnculos, especialmente en la espalda o el cuero cabelludo y en infecciones óseas de la columna vertebral (osteomielitis vertebral).^{2,3}

En un 20% el origen de la infección nunca llega a determinarse. Las manifestaciones clínicas son variadas, lo que está en relación con las características del huésped, la virulencia del germen y el tiempo evolutivo de la enfermedad. La fiebre y el dolor, acompañados de la toma del estado general, encabezan la clínica; el daño neurológico puede ser variable, pueden aparecer desde parestesias, déficit motor y rigidez en la nuca hasta, ocasionalmente, verse comprometido el estado de conciencia.⁴⁻⁶

El drenaje quirúrgico, seguido de un prolongado uso de antibióticos, constituye la principal conducta a seguir.⁷ Se presenta un paciente con absceso espinal epidural que fue atendido en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, que sobrevivió sin secuelas neurológicas.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 24 años, masculino, blanco, de procedencia urbana, con antecedentes de salud aparente. Dos meses antes del ingreso presentó un forúnculo a nivel del codo izquierdo, para lo que se le indicó tratamiento en su área de salud: sulfaprín (tableta 480mg), dos tabletas cada 12 horas, y fomentos; a los siete días expulsó el clavo del forúnculo. Este cuadro se acompañó de fiebre de 40°C y de dolor subcostal, se añadieron al tratamiento antiinflamatorios no esteroideos y se apreció una mejoría. Un mes después comenzó con sacrolumbalgia y con pobre respuesta a los analgésicos y a la fisioterapia, y acudió, a los tres días, al Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro", de la Ciudad de Santa Clara, por mantenimiento e intensificación del dolor. En el Cuerpo de Guardia se precisaron los antecedentes del forúnculo a nivel del codo izquierdo, de la sacrolumbalgia con pobre respuesta al tratamiento, de la fiebre de más de 38°C que cedía poco a los antipiréticos desde hacía 24 horas y de la debilidad muscular de instauración progresiva en ambos miembros inferiores, muy marcada en el lado derecho, con dolor en la región lumbar que irradiaba para ambos miembros inferiores y que era de carácter sordo. Al examen físico se constataron cicatriz a nivel del codo izquierdo con área eritematosa asociada, maniobras de Lasegue y Bragart positivas bilateralmente, dolor a la palpación de los músculos paravertebrales y a la percusión de los procesos espinosos a nivel lumbar, maniobra de Barret para miembros inferiores positiva bilateralmente que demostraba mayor toma de la fuerza muscular en el lado derecho, hipoestesia a nivel de la cara interna de ambos muslos y piernas que involucraba la región perineal y los escrotos, así como una tumoración en hipogastrio de forma ovoide y dolorosa a la palpación en relación con el globo vesical.

Fue ingresado en la Sala de Neurología con el diagnóstico presuntivo de síndrome de la cola de caballo por absceso espinal epidural y se le realizaron exámenes complementarios generales:

Hematocrito: 045vol%

Leucograma: $17 \times 10^9/l$ diferencial: PMN-080, linfocitos-020

Tiempo de coagulación: 10min

Tiempo de sangramiento: 1min

Plaquetas: $250\ 000 \times 10^9/l$

Glicemia: 4.8mmol/l

Factor reumatoideo: negativo

Proteína C reactiva: negativo

Antígeno de superficie para hepatitis B (AgsHB): negativo

Virus de inmunodeficiencia humana: negativo

Además se le indicaron estudios inmunológicos: IgA, IgG, IgM, C₃ y C₄, que estaban dentro de los valores normales. También se le realizó un ecocardiograma, que no confirmó la presencia de vegetaciones en las válvulas cardíacas, y un rayos X de tórax pósteroanterior que no evidenció signos de condensación inflamatoria.

Una resonancia magnética nuclear (RMN) de la región lumbosacra -figuras 1 y 2- informó: en las secuencias de IR con técnica de supresión de grasa había un aumento del espesor de la musculatura paravertebral izquierda que se extendía por toda la longitud de la columna vertebral, llamó la atención la ausencia de la intensidad de todo el saco dural desde L1 hasta las vértebras sacras, lo que se comportaba de igual manera en T2, no existía erosión de los elementos que forman la cintura lumbo-pélvica; se sugirió, por los antecedentes de forunculosis, la realización de un ultrasonido (USD) de partes blandas para evaluar la ecolucidez de la lesión.



Figura 1. Imagen de la resonancia magnética nuclear (técnica de T1) que muestra lesión epidural espinal desde L1 a segmentos sacros



Figura 2. Imagen de resonancia magnética nuclear (técnica de T2) que muestra lesión abscedada de músculos paravertebrales

Al realizarle el USD se confirmó la presencia de una imagen ecolúcida en correspondencia con un absceso espinal epidural; se decidió comenzar tratamiento con vancomicina (bulbos 500mg), dos bulbos cada 12 horas, y gentamicina (80mg), dos ampulas al día, y su traslado a la Sala de Neurocirugía para tratamiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica: se realizaron una laminectomía L3 y L4 y la evacuación del absceso, no se colocó drenaje y se realizó el cierre por planos; se tomó muestra para cultivo.

Complicaciones: absceso paravertebral a los cuatro días de la intervención quirúrgica inicial confirmado por RMN de columna lumbosacra y por USD de partes blandas; se reintervino quirúrgicamente y se drenó, se le colocó drenaje y se le realizaron curas diarias. Su evolución fue satisfactoria.

COMENTARIO FINAL

En las últimas décadas se ha observado un aumento progresivo en su incidencia, probablemente debido a diversos factores, como una mayor edad poblacional, el incremento de la drogadicción por vía parenteral, el mayor número de procedimientos neuroquirúrgicos y el uso extendido de la resonancia magnética (RM) como prueba diagnóstica. Suele aparecer por encima de los 50 años y varía el rango de edad según las series entre 47-70 años;⁶ en la mayor parte de las series se ha observado un predominio en el sexo masculino. Los factores predisponentes que se han descrito son diversos, relacionados con estados de inmunosupresión (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento con esteroides, alcoholismo, hepatopatía crónica y neoplasias) y con la adicción a drogas por vía intravenosa.⁸

Se establece que una de las formas de presentación más raras del absceso espinal epidural es a través de un síndrome confusional agudo,⁹ lo que no se correspondió con este caso.

Debido a que el absceso espinal epidural no se presenta frecuentemente en personas jóvenes se indicaron estudios inmunológicos al solicitar interconsulta especializada, como no se mostraron alteraciones en ellos se indagó por la conducta social del paciente -tenía un nivel universitario, con comportamiento social muy adecuado-, por lo que es válido pensar que se está frente a un absceso espinal epidural por *Staphylococcus aureus* en una persona joven inmunocompetente.

El paciente evolucionó satisfactoriamente con tratamiento antimicrobiano hasta los 21 días, la RMN evolutiva evidenció la resolución del cuadro y fue egresado con tratamiento: cefalexina (cápsula 500mg), una cápsula cada seis horas por 15 días más; no tuvo repercusión neurológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khanna RK, Malik GM, Rock JP, Rosenbum ML. Spinal epidural abscess: evaluation of factors influencing outcome. *Neurosurgery*. 1996 Nov; 39(5):958-64.
2. Nath A, Berger J. Brain abscess and parameningeal infections. En: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011. chap 421.
3. Tunkel AR. Subdural empyema, epidural abscess, and suppurative intracranial thrombophlebitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009. chap 89.
4. Ribera Casado JM. El síndrome confusional agudo en alza. *Rev Clin Esp*. 2005; 205(10):469-71. DOI: 10.1157/13079759.
5. LLacer JI. Pseudo absceso epidural espinal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Neurocirugia*. 1996; 07(3):223-6. DOI: 10.1016/S1130-1473(96)71083-7.
6. Scott KR, Barrett AM. Dementia syndromes: evaluation and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2007 Apr; 7(4):407-22. doi: 10.1586/14737175.7.4.407.
7. Joshi SM, Hatfield RH, Martin J, Taylor W. Spinal epidural abscess: a diagnostic challenge. *Br J Neurosurg*. 2003 Apr; 17(2):160-3.
8. González Hernández A, López Fernández J, Fabre Pi O, Platero Román M, Araña Toledo V, Hernández Gallego J. Abscesos espinales epidurales. Revisión de una serie clínica. *Neurología*. 2008 Mar; 23(2):85-90.
9. Ebersoldt M, Sharshar T, Annane D. Sepsis associated delirium. *Intens Care Med*. 2007 Jun; 33(6):941-50.

Recibido: 28-5-14

Aprobado: 30-7-14

Eugenio Águila Hurtado. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: ernestofas@nauta.cu