

# UN DIAGNÓSTICO ACCIDENTAL ABSCESO EPIDURAL ESPINAL

Dres. Adrián Morales<sup>1</sup>, Eduardo Meichtry<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

Los abscesos epidurales espinales constituyen una patología muy infrecuente con una incidencia de hasta 1,96 por 10.000 ingresos hospitalarios<sup>1</sup>. El diagnóstico se basa en la alta sospecha clínica, estudios por imágenes y cultivos. La forma de presentación clásica consiste en dolor dorsal, fiebre y signos de compresión radicular<sup>2</sup>. La mortalidad, aun con tratamiento adecuado, llega al 23% en las revisiones más recientes<sup>3</sup>.

Presentamos dos pacientes con abscesos epidurales lumbares con forma de presentación de síndrome meníngeo cuyo diagnóstico definitivo se realizó luego de la punción directa de la colección al practicar una raquicentesis.

## CASO 1

Una mujer de 75 años ingresó por deshidratación y deterioro general. Tenía antecedentes de diabetes tipo 2, insuficiencia renal crónica y endocarditis por *S. aureus* meticilino resistente (intraoperatorio) un año antes, tratada con vancomicina. A las pocas horas del ingreso, la paciente se encontraba confusa, con febrícula y vómitos. Se sospechó meningitis y se realizó una punción lumbar (PL), 34.000 leucocitos/ml; 3,92 g/dl de proteínas; glucorraquia 2mg/dl; cocos gram positivos en pares al directo. Comenzó tratamiento con vancomicina y rifampicina. A las 48 horas la paciente se encontraba mejor. Desarrolló *S. aureus* meticilino resistente en líquido cefalorraquídeo y en 3/3 hemocultivos. Ecocardiografía sin vegetaciones. Al tercer día la paciente empeoró, con persistencia de cefalea y vómitos. Se repitió la PL: 32.000 leucocitos/ml; 26 mg/dl de glucosa. Ante esta situación y teniendo en cuenta los antecedentes, se sospechó que se efectuó una punción accidental de un absceso epidural. Se realizó una punción cisternal: citoquímico normal, directo negativo. Se solicitó resonancia nuclear magnética (RMN) en la que se observaron imágenes compatibles con discitis, erosión de los platillos vertebrales y absceso epidural a nivel D<sub>12</sub> y L<sub>1</sub> (fig. 1).

Se realizó cirugía de drenaje. Al octavo día se diagnosticó empiema y la paciente ingresó a respiración mecánica. Falleció al undécimo día con diagnóstico de shock séptico, sospecha de endocarditis. Hemocultivos intratratamiento positivos.

## CASO 2

Un varón de 11 años ingresó por vómitos, fiebre y fotofobia. Nacido de parto normal, con bajo peso, tuvo meningitis a los 10 y 15 meses, ambas con cultivo negativo. Se diagnosticó fosa pilonidal lumbar. Debido a hidrocefalia secular se colocó válvula de derivación ventrículo-peritoneal a los 18 meses.

Al ingreso se diagnosticó síndrome meníngeo y se realizó PL: material escaso, líquido purulento espeso, 12.200 leucocitos/ml, glucosa 1,9 mg/dl, directo ne-



Figura 1. Imágenes sagitales T2 y T1 con contraste; se observan alteraciones a nivel D12- L1 con imágenes de intensidad líquida en topografía del disco y erosión de platillos vertebrales. Prolongación de espacio epidural anterior extendiéndose hasta L 5. Compatible con discitis con absceso epidural.

1. Centro de Enfermedades Infecciosas de Neuquén. Tucumán 96 (8300) Neuquén. E-mail: smastra@neunet.com.ar.  
2. Clínica Radiológico Dr. Moguillansky. Neuquén

gativo. Comenzó tratamiento con ceftriaxona y dexametasona. A las 48 horas evolucionó favorablemente, cultivos negativos. Al quinto día aumentaron la cefalea y el dolor lumbar. Dado el antecedente de meningitis recurrente y el defecto del cierre del tubo neural, se sospechó haber efectuado la punción de una colección paramedular. Se solicitó RMN que informó aracnoiditis con múltiples abscesos pequeños a nivel lumbosacro. Se rotó la medicación a rifampicina-vancomicina. Luego de 30 días de tratamiento médico sin mejoría, se realizó drenaje quirúrgico. El diagnóstico intraoperatorio fue osteomielitis vertebral L<sub>5</sub>, absceso epidural e intradural comunicados a nivel de L<sub>4</sub>. Los cultivos del material quirúrgico desarrollaron *S. epidermidis* resistente a meticilina. El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria y continuó su tratamiento con glucopéptidos hasta completar 8 semanas.

## DISCUSIÓN

Los casos descriptos nos muestran una forma de presentación poco habitual de una patología infrecuente en la práctica médica. Como mencionamos anteriormente, los síntomas más comunes de los abscesos epidurales medulares son la fiebre, el dolor y los signos de compresión (debilidad, disestesias, disfunción vesical). En muchos casos estos síntomas son solapados y dificultan el diagnóstico. Hlavin y col. informaron un diagnóstico de ingreso correcto en 8/33 pacientes con abscesos epidurales<sup>3</sup>. Solamente un paciente de esta serie ingresó con síntomas de meningismo. La columna puede estar afectada a distintos niveles; en una serie de 29 casos, 21 fueron lumbares, 7 torácicos y 1 cervical<sup>4</sup>.

Habitualmente el absceso se asocia a osteomielitis vertebral. Friedman y Hills reportaron 19 abscesos de localización cervical, 18 de los cuales presentaban compromiso óseo<sup>5</sup>. La punción directa de las colecciones es desaconsejada, dada la posibilidad de diseminar la infección<sup>6</sup>. A pesar de esto, se describe la obtención de pus espeso en pacientes a quienes se les realizó raquicentesis (4/33) presumiblemente por error diagnóstico, como ocurrió en nuestros pacientes<sup>3</sup>.

En nuestra presentación, los dos pacientes ingresaron con signos de meningitis y se les practicó una PL. En ambos casos al realizar el procedimiento, se punzó en forma accidental la colección epidural.

Como conclusión remarcamos que el absceso epidural es una patología que requiere una alta sospecha clínica. Puede presentarse simulando una meningitis. En pacientes con este diagnóstico que evolucionan en forma tórpida, debe sospecharse una colección en caso de obtener un líquido francamente purulento por raquicentesis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bleck TP, Greenlee JE. Epidural abscess. En: Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia:Churchill Livingstone 2000;76:1031-4
2. King M. Spinal epidural abscess: an elusive diagnosis. Southern Med J 1994;87(2):288-9
3. Hlavin M, Kaminski M, et al. Spinal epidural abscess. A ten year perspective. Neurosurgery 1990;27(2):177-84
4. Del Curling O, Gower D, et al. Changing concepts in spinal epidural abscess. A report of 29 cases. Neurosurgery 1990;27(2):185-92.
5. Friedman D, Hills J. Cervical epidural spinal infection: MR imaging characteristics. AJR 1994;163:699-704
6. Holt H, Andersen S. Infection following epidural catheterization. J Hosp Inf 1995;30:253-60