

DOLOR LUMBAR COMO MANIFESTACIÓN ÚNICA DE ABSCESO EPIDURAL EN PACIENTE ANCIANO

Hernández Morhain María Cecilia
Fusco Juan Pablo
García María Inés

Servicio de Clínica Médica. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN

El absceso epidural es una infección infrecuente localizada entre la dura madre y el cráneo, consecuencia de una infección de otra parte del cuerpo. Las características clínicas y las neuroimágenes son esenciales para arribar al diagnóstico e iniciar de forma inmediata tratamiento médico y quirúrgico⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años sexo femenino con antecedentes de osteoporosis, hipotiroidismo, dolores lumbares crónicos, pinzamientos intersomáticos múltiples, polimialgia reumática (PMR) con tratamiento corticoideo (medprednisona 8 mg/ día).

Ingresa al servicio de Clínica Médica por cuadro de dolor lumbar de mayor intensidad que sus dolores habituales, el cual no cedía con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). No presentó fiebre ni equivalentes febriles, negaba traumatismos e intervenciones en los últimos meses. Examen Físico: Afebril, hemodinámicamente estable, facie de dolor. Como positivo presentaba un soplo cardíaco 2/6 en cuatro focos predominantemente en foco aórtico, dolor en region

lumbosacra a la palpación y movilización de apófisis espinosas y región paravertebral derecha; no presentaba déficit sensitivo, fuerza conservada, reflejos osteotendinosos conservados.

Inicialmente impresionó empeoramiento de su enfermedad de base; los exámenes de laboratorio al ingreso (cuadro n°1) ampliaron los planteos diagnósticos. Con la sospecha de un proceso infeccioso se tomaron 3 muestras de sangre para hemocultivo, otra para urocultivo, y se solicitó una resonancia magnética por imágenes (RMN) de columna lumbosacra (Fig 1-2) donde se evidenció evidenciarse múltiples imágenes en columna lumbar compatibles con abscesos epidurales, por lo que se realizó interconsulta a neurocirugía y se inició tratamiento antibiótico con cefazolina 1.5g cada 8hs más gentamicina 240 mg cada 24 hs, a la espera de los HC. La conducta fue expectante y no se realizó intervención quirúrgica.

Al quinto día se informó, HC positivo 3/3 para Estreptococo B hemolítico del grupo G sensible a penicilina por lo que se rota a ceftriaxona 1g cada 12 hs (por mayor penetración de las cefalosporinas de tercera generación respecto de la penicilina en la zona afectada).

Cuadro N° 1. Resultados de laboratorio

Ionograma	Na 139 K5.7 CL 103
Hemograma	Hto. 32, Hb 9.6, RPL 339.000, RGB 49300 (95% seg)
Creatinina	1.22
Glucemia	116
PCR	27
Velocidad de Segmentación globular (VSG)	106

Tabla N° 2. Hemocultivos

Proteína C	3.2 mg /dl
VSG	150 mm

Se realiza un ecocardiograma que no mostró vegetaciones. Debido a la buena evolución clínica se decide el alta con atención domiciliaria. Previo al alta se solicita nuevamente VSG, proteína C reactiva y se tomaron muestras para dos HC para comprobar aclaramiento o persistencia de bacteriemia, los hemocultivos cerraron negativos (tabla 2).

DISCUSIÓN

Si bien la paciente no presentó fiebre como síntoma cardinal, el dolor lumbar y la leucocitosis nos orientaron hacia una probable etiología infecciosa de su afección. La misma fue confirmada con el rescate bacteriológico en los HC y la RMN de columna lumbosacra, donde se evidenciaron múltiples abscesos epidurales (fig. 1). La posterior cobertura antibiótica fue iniciada en forma inmediata. Con respecto al tratamiento quirúrgico la conducta fue expectante debido a que la paciente no presentaba compromiso neurológico evidente y teníamos rescate bacteriológico en los hemocultivos. Sin embargo el riesgo de complicaciones neurológicas era probable. Lo que nos quedaba por dilucidar era cuál era el foco que produjo el cuadro, por lo que se realizó ecocardiograma que no evidenció vegetaciones. A pesar de no cumplir criterios de certeza para endocarditis bacteriana, la paciente presentó bacteriemia continua (3/3 HC positivos para estreptococo B hemolítico del grupo G) con diseminación a distancia, por lo que se decidió tratamiento como **endocarditis posible** con buena evolución clínica.

ABSCESO EPIDURAL ESPINAL

Epidemiología: 0.2-2 casos por 10000 ingresos al hospital, la mayoría de los casos ocurre entre 30 a 60 años¹.

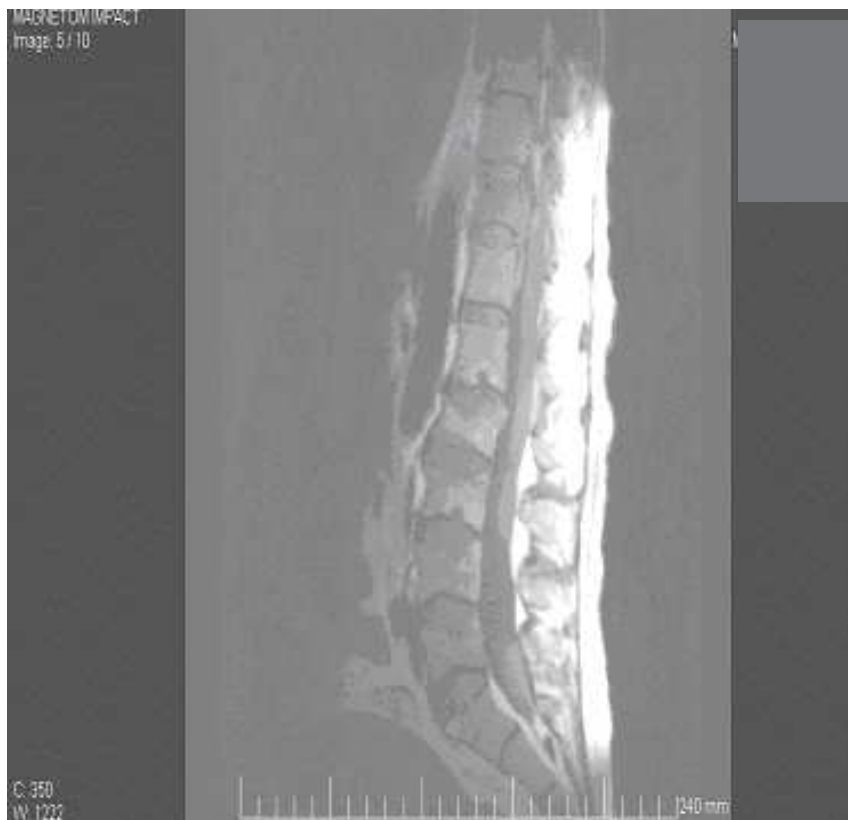


Fig.1 RMN se visualiza en corte sagital, engrosamiento dural difuso con imágenes hiperintensas polilobuladas en segmentos posteriores e inferiores lumbares. Estas imágenes sugieren colecciones epidurales.

PATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO

Múltiples factores de riesgo pueden asociarse a absceso epidural, (abuso de alcohol, uso de drogas EV, procedimientos traumáticos en región espinal) diabetes. La DBT fue el factor de riesgo más comúnmente observado¹. Probablemente esta última asociación pueda ser explicada por la reducción de la inmunocompetencia en los pacientes DBT.

El absceso epidural involucra la columna torácica en un 50 - 80 %, columna lumbar en un 17-38% y cervical en un 10-25%⁵.

DIAGNÓSTICO

La fiebre se presenta en más de la mitad de los pacientes acompañada de dolor en columna vertebral; en casos atípicos de presentación clínica de los abscesos epidurales el

dolor abdominal puede ser el síntoma inicial, simulando otras patologías intrabdominales³. La mayoría de los abscesos atraviesan 4 fases clínicas y sólo difieren en su tiempo de evolución.

Al inicio se presenta con dolor vertebral focal, luego dolor que se irradia a lo largo del trayecto de la raíz nerviosa involucrada, a esto le siguen evidencia de compresión de la médula espinal que puede progresar a parálisis por debajo del nivel de la lesión.

En el laboratorio podemos encontrar leucocitosis con eritrosedimentación y proteína C reactivas que están elevadas. Cuando se sospecha un absceso epidural debe procederse de inmediato a obtener una RMN, deben hacerse hemocultivos y enviar material del absceso para cultivos para anaerobios, aerobios micobacterias y hongos.

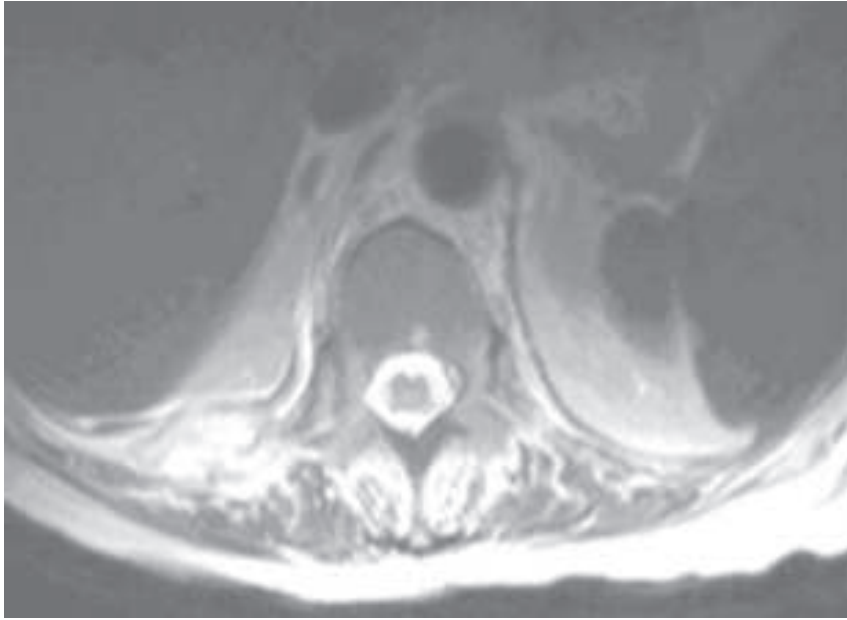


Fig.2 Se observa imagen compatible con colección paravertebral D11-12.

ORGANISMO CAUSAL

Los abscesos epidurales son colecciones de causa infecciosa que están causadas por bacterias. Hay algunos reportes de casos de infección por hongos y parásitos en pacientes inmunocomprometidos. *S. aureus* es el agente responsable en el 60-90% de los casos⁵, en un metaanálisis de 915 pacientes el *S. aureus* fue aislado en 73 % de los casos¹. Los Estreptococo aerobios y anaerobios son responsables del 18 %⁵. El Streptococo del grupo G ha sido identificado como reciente patógeno emergente, que de forma infrecuente se identifica como agente causal de los abscesos epidurales, *S. grupo G* es componente normal de la microflora de la piel, faringe, tracto gastrointestinal².

TRATAMIENTO

Debe iniciarse cobertura antibiótica lo antes posible dirigiéndose contra *S. aureus*. El tratamiento empírico estándar debe estar basado en la resistencia microbiana de la institución, el país¹, y por las características del paciente. El tratamiento antibiótico debe modificarse según los resultados de los hemocultivos. La duración del tratamiento es de 4 a 6 semanas. El tratamiento quirúrgico es el método de elección. En la mayoría de los pacientes se realiza laminectomía; otras intervenciones son la descompresión anterior en los casos en los que el absceso se ubica en la pared anterior de la columna.

La terapia conservadora de los abscesos epidurales solamente esta

indicada cuando los pacientes no tienen síntomas de compromiso neurológico y el hospital cuenta con disponibilidad en todo momento del resonador y neurocirujano en caso de que las condiciones del paciente empeoren. La temprana identificación del germen es un prerrequisito en caso de tomar una conducta expectante.

CONCLUSIÓN

El alto índice de sospecha con la clínica sugerente de absceso epidural (fiebre, dolor lumbar) mas parámetros de inflamación aguda deben llevarnos al diagnóstico y tratamiento de forma rápida a fin de evitar daños neurológicos irreversibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients.* Ludwigsburg-Bietigheim General Hospital, Department of Anesthesiology, Bietigheim-Bissingen, Germany. *Neurosurg Rev* (2000) 232:175-204.
2. *Group G Streptococcus spinal epidural abscess: case report and review of the literature, from the department of infectious disease, Saint Louis university Hospital, Missouri, USA.* (2007).
3. *Spinal epidural abscess presenting as intra-abdominal pathology: a case report and literature review.* Department of Internal Medicine and Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030, USA. 2004.
4. *Epidural abscess: report and review of the literature.* Department of internal medicine, Axademisch Ziekenhuis, vrije Universiteit Brussel, Belgium.
5. *Mandel, Douglas y Benett: Enfermedades Infecciosas Principios y Prácticas.* Quinta edición. Editorial Panamericana (2002). Volumen 1. Pág (1252-1253)