



# Lumbalgia de excepcional etiología: absceso epidural espinal

*Dr. Pablo A Cardinal - Ex Médico intensivista Hospital Central FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Mario Godino - Ex Médico intensivista Hospital Central FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Eduardo Zito - Médico coordinador CTI del H. C. FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Jorge Castelli - Médico coordinador CTI del H.C. FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Daniel Wilson - Médico neurocirujano del Hospital Central FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Omar Montes de Oca - Médico Intensivista y Cardiólogo - Ex Jefe CTI Hospital Central FF. AA. - Uruguay*

*Dr. Jorge Echudi - Médico intensivista Hospital Regional de Salto - Uruguay*

*Dr. Nestor Campos - Médico Intensivista Jefe CTI del Hospital Regional de Salto - Uruguay*

## Resumen:

*El dolor lumbar es una afección muy frecuente en la población. El absceso espinal epidural no tuberculoso (AEE) como etiología de la lumbalgia es excepcional; su importancia radica en las dificultades diagnósticas existentes y en su elevada morbi-mortalidad en caso de no ser tratado precozmente.*

*Se analiza la historia clínica de un hombre de 63 años, con antecedentes de diabetes y lumbalgia mecánica, que tras concurrir en reiteradas oportunidades al servicio de emergencia por exacerbación de su dolor habitual se le diagnóstico un AEE a estafilococo aureus metilino sensible. Fue dado de alta al domicilio a los 25 días del ingreso con recuperación ad integrum.*

**Palabras claves:** LUMBALGIA

ABSCESO EPIDURAL ESPINAL

URGENCIA NEUROQUIRÚRGICA

## INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una afección muy frecuente en la población general constituyendo el segundo motivo de consulta en los servicios de urgencia (1,2). El absceso espinal epidural no tuberculoso (AEE) como etiología de la lumbalgia es excepcional sin embargo es de gran importancia considerarlo en el algoritmo diagnóstico dadas las dificultades diagnósticas y la elevada morbi-mortalidad en caso de no ser tratado precozmente.

El AEE, descrito por Morgagni en 1761 (3), constituye una urgencia médico-quirúrgica que requiere un precoz y adecuado tratamiento para evitar la lesión espinal irreversible, la parálisis o la muerte.

Se estima su incidencia en 0.2-2,8 casos cada 10.000 admisiones hospitalarias (4,5).

En el presente artículo se analiza la historia clínica de un paciente portador de un AEE toraco-lumbar a estafilococo aureus metilino sensible.

## CASO CLÍNICO

Hombre de 63 años, procedente del departamento de Salto, diabético no insulino requeriente, portador de una lumbalgia mecánica de larga data.

En los días previos al ingreso, de forma insidiosa, comienza con exacerbación de su lumbalgia habitual, en apirexia, sin sintomatología urinaria ni neurológica. Reiteradas consultas en puerta de emergencia del Hospital Regional de Salto. Se le realizó tratamiento ambulatorio en base a analgésicos intramusculares.

El día del ingreso presenta intenso dolor lumbar, fiebre (38,5°C axilar) e hiperleucocitosis (13000/ml) por lo cual queda internado con diagnóstico clínico presuntivo de cólico nefrítico, pielonefritis aguda o lumbalgia mecánica los cuales son descartados en la evolución.

A las 96 horas se plantea apendicitis aguda y se coordina la cirugía. Durante la maniobra de punción para anestesia epidural se extrae abundante pus por lo

cual se suspende la intervención; se comienza con vancomicina/cetriaxona, se realiza TAC lumbosacra que no mostró elementos patológicos y se traslada al Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Ingresa al CTI en Montevideo vigil, confuso. GCS 13; con rigidez de nuca y sin afectación de fuerzas, ni sensibilidad, ni reflejos a nivel periférico. No disfunciones orgánicas ni compromiso hemodinámico. En la evolución se debe sedar y conectar a asistencia respiratoria mecánica por intensa excitación sico-motriz. Se asocia al tratamiento antibiótico previo rifampicina 600mg/día.

Se realiza un Resonancia Nuclear Magnética que muestra dentro del canal raquídeo de T1 hasta L5 y en las partes paravertebrales posteriores colecciones de baja intensidad de señal en T1 y alta en T2; con gadolinio presentan realce periférico manteniendo áreas hipointensas en su interior que corresponden a colecciones supuradas (Foto 1, 2, 4) las cuales se evacúan a las 36 horas. A nivel paravertebral se aprecia gran decolamiento de masas musculares con colecciones de pus. Se aborda el canal raquídeo mediante una hemilaminectomía a nivel L5 constatándose material purulento extradural abundante.

El material cultivado en el Hospital de Salto desarrolló estafilococo aureus meticilino sensible por lo cual se sustituyeron los antibióticos por rifampicina y cefazolina.

Buena evolución post-quirúrgica, se desvincula del respirador, no presenta secuelas neurológicas de ninguna índole siendo transferido a sala de medicina a los 8 días y dado de alta a domicilio a los 25 días.

## DISCUSIÓN

Las colecciones supuradas intrarraquídeas son de baja frecuencia, pero su incidencia va en ascenso debido al mayor uso de drogas intravenosas, al aumento en la instrumentación de columna y al incremento en los abordajes peridurales.

Los abscesos bacterianos intra canal raquídeo pueden clasificarse según su relación con la duramadre: en epidurales si son externos a ella o intradurales si son internos, los primeros muchos más frecuentes que los segundos. Pueden ocurrir de forma independiente, como en el caso analizado, o más frecuentemente en asociación

con una osteomielitis vertebral.

El AEE es una patología que afecta principalmente a hombres entre 30-70 años (6). La topografía más habitual es la torácica (44%) y lumbar (32%), particularmente en el sector posterior del canal (4). Se estima que entre el 41-47% de los pacientes presentarán una recuperación ad integrum. La mortalidad se estima en el 16% (6).

La tríada dolor de espalda, fiebre y déficit neurológico progresivo es la "carta de presentación" de esta entidad (5) sin embargo menos del 50% de los pacientes la exhiben (7).

Los factores de riesgo, identificados en más del 80% de los pacientes, incluyen adicción a drogas intravenosas, infecciones concomitantes, diabetes, falla renal en diálisis crónica, SIDA, corticoterapia o cáncer (7).

El estudio de elección para confirmar el diagnóstico, valorar la extensión lesional y su vinculación con la duramadre es la RNM.

En el caso presentado el antecedente de múltiples punciones intramusculares los días previos al ingreso plantea la vía hematológica como forma de diseminación, no habiéndose encontrado otro origen o puerta de entrada como ocurre en al menos el 40% de los casos (7).

El AEE es una urgencia médico-quirúrgica. La antibioterapia debe ser intravenosa, precoz, orientada a los gérmenes más frecuentemente involucrados: Estafilococo aureus (50-90%), E. Coli, Pseudomona spp, Es-treptoco alfa y beta hemolítico y anaerobios.

El tratamiento quirúrgico permite la evacuación del absceso descomprimiendo las estructuras neurales (médula espinal o cola de caballo) procurando evitar la lesión neurológica. Han sido reportados tratamiento exitosos no quirúrgicos los cuales deben reservarse para paciente de alta morbi-mortalidad operatoria y sin déficit neurológico (8).

*En suma:* Se presentó un paciente de 63 años que consultó en puerta de emergencia por un cuadro de lumbalgia cuya característica distintiva fue el cambio en el patrón evolutivo. El diagnóstico de absceso espinal epidural a Estafilococo aureus meticilino sensible fue muy dificultoso.

IMAGENES

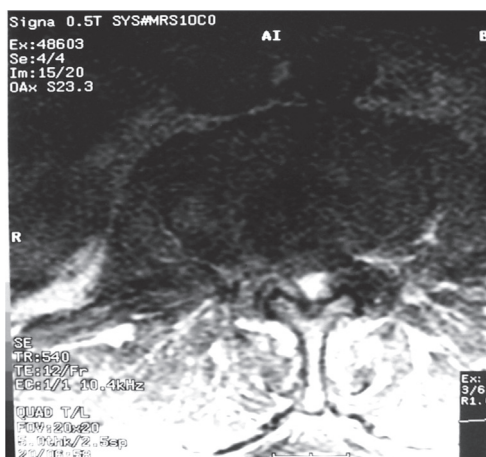


Foto 1: axial dorsal con gadolinio (T1)



Foto 2: axial lumbosacro con godolini (T1)



Foto 3: corte sagital (T2)



Foto 4: corte sagital con gadolinio (T1)

**SUMMARY**

Lumbar pain is a very frequent condition in the population. A non tuberculous epidural spinal abscess (AEE, in Spanish) as the etiology of lumbar pain is exceptional; its significance lies on the existing diagnostic difficulties and its high morbidity-mortality when the patient does not receive an early treatment.

It is analyzed the clinical record of a 63 year old man, with diabetes and mechanic lumbar pain antecedents,

who, after repeated consultations at the Emergency Service because his usual pain had exacerbated, was diagnosed with a methicillin-sensitive staphylococcus AEE. The patient was discharged 25 days after his admission, with an ad integrum recovery.

**Key words:** LUMBAR PAIN

SPINAL EPIDURAL ABSCESS

NEUROSURGICAL EMERGENCY

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Andersson GBJ. Epidemiologic features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354: 581-585.
- (2) Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995; 20: 11-19.
- (3) Morgagni GB. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. [Translated from Latin]. Alexander B. The seats and causes of disease investigated by anatomy. New York : Hafner, 1960: 220- 2
- (4) Perelmutter H, Villar O, González R, San Juan J. Colecciones supuradas del sistema nervioso central. Carlos Lobesio, Medicina Intensiva. El Ateneo 2001:914-927.
- (5) Baker AS, Ojemann RG, Swartz MN, Richardson EP Jr. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med* 1975; 293: 463–468.
- (6) Reihnsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a metaanalysis of 915 patients. *Neurosurg Rev* 2000; 232: 175- 204.
- (7) Curry W Jr, Hoh B, Amin-Hanjani S, Eskandar E. Spinal epidural abscess: clinical presentation, management, and outcome. *Surgical Neurology* 2005; 63: 364-371.
- (8) Nussbaum ES, Rigamonti D, Standiford H, Numaguchi Y, Wolf AL, Robinson WL. Spinal epidural abscess: A report of 40 cases and review. *Surg Neurol* 1992; 38: 225–231.