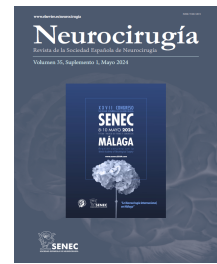




Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-021 - ABSCESO CERVICAL ESPINAL EPIDURAL COMBINADO CON ABSCESO PARAVERTEBRAL Y ESPONDILODISCITIS: UN CASO DE PARAPLEJIA BRUSCA TRAS TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

J.A. Ruiz Ginés¹, J. Cerón Daza¹, G.A. Roa López¹, H. Benito Naverac¹, M.á. Ruiz Ginés², J.B. Calatayud Pérez¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España; ²Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Introducción: El absceso epidural espinal (AEE) constituye una grave y rara infección supurativa rara (incidencia 5,1 casos/10.000 pacientes). Afecta disco vertebral o unión disco-cuerpo vertebral con extensión epidural, produciendo lesión medular por compresión directa, trombosis/tromboflebitis venosa-arterial epidural, toxicidad bacteriana o mediadores inflamatorios. Los microorganismos acceden al espacio epidural por vía hematógica, extensión directa desde tejido infectado (vértebra/músculo) o inoculación directa en canal espinal. Microorganismos predominantes: *Staphylococcus aureus* (63%) y bacilos gramnegativos (16%). Factores predisponentes: Bacteriemia (principalmente, drogas parenterales, infecciones dentales, catéteres infectados y endocarditis infecciosa), alcoholismo, diabetes, VIH, acupuntura... Cursa con fiebre y malestar general, con la tríada diagnóstica clásica completa (fiebre, dolor de espalda y déficits neurológicos), observada en pequeña proporción de pacientes. Presentamos un caso de AEE, combinado con absceso paravertebral y espondilodiscitis, cursando con paraplejia brusca tras tratamiento fisioterápico.

Caso clínico: Mujer, 50 años. Antecedente de neuritis óptica, precisando de punción lumbar diagnóstica. Posteriormente, cervicalgia grave, progresiva y fiebre. Ingresa por cuadro agudo, tras tratamiento fisioterápico, consistente en tetraplejía, signo de L'Hermitte, hiperalgesia, hiperpatía y alodinia en extremidades. RMN cervical: Colección epidural anterior (segmento C4-C6), condicionando espondilodiscitis y mielopatía C3-C7. Edema extenso y colecciones prevertebrales anteriores sugestivas de extensión infecciosa. Tratamiento: resección de tejido granulomatoso cervical prevertebral, corpectomía C4/C5. Resección de importante manguito infeccioso epidural hasta descompresión completa del saco dural. Artrodesis cervical anterior con placa. Microbiología: *Staphylococcus hominis*. Antibioterapia específica (ceftazidima + vancomicina).

Discusión: El diagnóstico temprano es clave en el tratamiento del AEE, con la cirugía descompresiva espinal como la terapia electiva en caso de síntomas de compresión nerviosa. En el presente caso clínico consideramos la punción lumbar (procedimiento invasivo espinal) como el principal desencadenante explicativo de dicho cuadro. La particular anatomía del canal espinal, existiendo un verdadero espacio epidural en toda su longitud, conteniendo grasa, arterias y plexo venoso, determina su preponderancia en raquis.

1130-1473/© 2024 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.