

Varón de 42 años con fiebre y dolor lumbar

Francisco Javier Fernández-Fernández^a, Javier de la Fuente-Aguado^a, José Francisco Brasa-Fernández^b y Ángel Rodríguez de Lope^c

Servicios de ^aMedicina Interna, ^bRadiología y ^cNeurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario Xeral-Cies. Vigo. España.

Caso clínico

Un varón de 42 años residente en Guinea Ecuatorial con antecedente de paludismo el año anterior comenzó en dicho país con fiebre y escalofríos. Este motivo le hizo acudir a un hospital donde se evidenció parasitemia por *Plasmodium falciparum* y se instauró tratamiento con quinina intravenosa durante una semana. En el transcurso de este tratamiento presentó dolor e impotencia funcional de miembro superior izquierdo con persistencia de la fiebre. En la exploración se apreció una región empastada, caliente y no fluctuante en omóplato izquierdo. Se pautó tratamiento con cloxacilina por vía oral y gentamicina, pero a pesar del mismo se produjo un empeoramiento clínico, por lo que se trasladó a España. A su llegada a España el paciente se mantenía febril y manifestaba dolor intenso en región lumbar. Adoptaba además una postura con las piernas flexionadas, pues su estiramiento provocaba un dolor radicular. En la exploración, la percusión de las apófisis espinosas era dolorosa a nivel lumbar y no existía compromiso neurológico. El resto de la exploración no mostró otros hallazgos patológicos. En los análisis practicados destacaba leucocitosis y elevación de otros reactantes de fase aguda. En el estudio de gota gruesa no se observaron parásitos. Se realizó una resonancia magnética (RM) de columna vertebral (figs. 1 y 2).

Diagnóstico y evolución

En la RM se apreció una alteración en la intensidad de señal en el espacio intrarraquídeo en localización extradural desde C2 hasta L5 con captación de contraste, y una colección compatible con absceso epidural en región lumbar, sin espondilodiscitis asociada. Se practicó una laminectomía a nivel L3-L5 con drenaje de abundante contenido purulento. Tanto en el cultivo del absceso como en los hemocultivos creció *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Un ecocardiograma transesofágico no mostró vegetaciones. Se trató durante 4 semanas con cloxacilina (2 g/4 h) y rifampicina (600 mg/24 h), asociado a gentamicina (180 mg/24 h) la primera semana, y se continuó posteriormente tratamiento domiciliario con ciprofloxacino (500 mg/12 h) y rifampicina durante 3 semanas más. En una nueva RM realizada posteriormente únicamente se observó un mínimo engrosamiento epidural anterior en segmento cervical alto, objetivándose además la normalización de los reactantes de fase previamente alterados.



Figura 1. RM sagital ponderada en T1 tras administración de gadolinio muestra una alteración en la intensidad de señal en el espacio intrarraquídeo en localización extradural.

Comentario

El absceso epidural espinal es una enfermedad infrecuente que consiste en una infección supurativa localizada entre la duramadre y la columna vertebral. La infección suele alcanzar el espacio epidural por vía hematogena, aunque en una tercera parte de los casos se adquiere mediante extensión directa¹. Afecta principalmente a varones con enfermedades subyacentes, como diabetes mellitus, cáncer y alcoholismo. En ocasiones se acompaña de una fuente potencial de infección, como la presencia de un catéter vascular, una infección de la piel o del tracto urinario. *S. aureus* es el microorganismo implicado con más frecuencia². Los estreptococos y los bacilos gramnegativos representan los siguientes agentes causales en frecuencia, y se relacionan con procedimientos espinales previos, in-

Correspondencia: Dr. F.J. Fernández-Fernández.
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Cies.
Pizarro, 22. 36204 Vigo. España.
Correo electrónico: fjfer@munido-r.com

Manuscrito recibido el 3-12-2003; aceptado el 21-4-2004.



Figura 2. RM sagital ponderada en T1 tras administración de gadolinio muestra una colección líquida epidural a nivel L3-L5.

fecciones del tracto urinario, neumonías o infecciones de úlceras por presión concomitantes. La infección afecta de forma predominante la región dorsal, si bien recientemente ha adquirido mayor relevancia la localización lum-

bar, en consonancia con el incremento de procedimientos realizados sobre el canal vertebral.

La forma de presentación clínica usual es la fiebre y el dolor vertebral³. Inicialmente este dolor es focal, pero si se deja evolucionar la infección se produce un dolor radicular y eventualmente parálisis completa por debajo del nivel de la lesión⁴. La progresión de la enfermedad es rápida, fundamentalmente si ya existen síntomas radiculares, por lo que es esencial realizar un diagnóstico precoz. La RM es la prueba diagnóstica de elección, por su alta sensibilidad y naturaleza no invasiva, ya que localiza el absceso y excluye una lesión intraparenquimatosa o vertebral asociada⁵.

El tratamiento consiste en antibioticoterapia de forma prolongada, que suele asociarse a drenaje quirúrgico, por lo general mediante laminectomía⁵, aunque recientemente se ha empleado el drenaje percutáneo en circunstancias específicas con buenos resultados⁶. En caso de ausencia de compromiso medular clínico y radiológico, y siempre que la evolución clínica sea favorable se puede emplear sólo tratamiento antimicrobiano. La cobertura antibiótica empírica debería dirigirse contra *S. aureus*, asociando en los pacientes con factores de riesgo sobreañadidos antibióticos con actividad frente a gramnegativos.

Bibliografía

1. Darouiche RO, Hamill RJ, Greenberg SB, Weathers SW, Musher DM. Bacterial spinal epidural abscess. Review of 43 cases and literature survey. *Medicine (Baltimore)* 1992;71:369-85.
2. Reihnsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients. *Neurosurg Rev* 2000;232:175-204.
3. De la Fuente Aguado J, Arzuaga Torre JA, Yusta Izquierdo A, García Andrade L, Martínez López de Letona J. Absceso epidural espinal. Experiencia de 8 años. *Rev Clin Esp* 1992;191:264-6.
4. Heusner AP. Nontuberculous spinal epidural infections. *N Engl J Med* 1948; 239:845-54.
5. Bleck TR, Greenlee JE. Epidural abscess. En: Mandell, Douglas y Bennet, editors. *Infectious diseases. Principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone 2000; p. 1031-4.
6. Lyu RK, Chen CJ, Tang LM, Chen ST. Spinal epidural abscess successfully treated with percutaneous, computed tomography-guided, needle aspiration and parenteral antibiotic therapy: case report and review of the literature. *Neurosurgery* 2002;51:509-12.