

SEUDOABDOMEN AGUDO POR ABSCESO
EPIDURAL RAQUIDEO

M. MARINA VÉLEZ.

Médico interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla.

Servicio de Aparato Digestivo. Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

Enfermo A. F. M., de treinta años. Urgencia, once y media noche, 24 de enero de 1955. Consulta solicitada por el Servicio de Huesos. Nunca cuadro igual ni parecido. Hace diez días, estando trabajando, resbaló y cayó sentado sobre glúteos. Estuvo sin grandes molestias hasta nueve horas después, en que comenzó con dolor fuerte en región lumbar, que irradiaba a región glútea derecha. Ingresa tres días después, por esto, en el Servicio de Huesos, donde le están tratando como síndrome lumbociático agudo. Hace diez horas, tuvo tres vómitos alimenticios. Hace tres horas, comenzó con dolor brusco, intenso y continuo, en fosa iliaca derecha, que pronto irradió a resto de abdomen, continuando hasta ahora con dolor intenso y seguido. Hace dos horas, nuevo vómito alimenticio (líquido que acababa de tomar). Enfermo con piel caliente, cara de sufrimiento y cuello rígido, no descansando la cabeza en la almohada, según el enfermo, porque no puede. En resto de cuerpo hay asimismo rigidez, excepto en miembros superiores; pero al llevarle a rayos X, y bajarle de la camilla, está menos envarado. Temperatura, 38°. Noventa y seis pulsaciones por minuto.

Exploración.—Respiración abdominal, limitada o abolida. Contractura generalizada muy intensa; pero es tanta que, el enfermo está tan rígido, no se puede valorar bien. Se queja bastante al palpar por todo el abdomen. Matidez hepática conservada. Blumberg (—). Reflejos pupilares, normales. Reflejo rotuliano, conservado. Tacto rectal, negativo; esfínter muy relajado. Leucocitos, 22.500; cayados, 21; segmentados, 74; linfocitos, 5. Rayos X: De pie y en vacío, no hay neumoperitoneo.

Juicio clínico.—Se nos hace muy sospechoso todo el cortejo sintomático para que aceptemos un cuadro abdominal. Por la existencia del trauma anterior, cabe la posibilidad de que exista una lesión de columna, pero nuestros compañeros no creen probable esta posibilidad. No tiene hechas radiografías de columna. Aunque no parece probable, la contractura, el dolor y la fórmula no nos permiten desechar una perforación intestinal. Parece más prudente hacer una laparotomía, que se efectúa a la una de la mañana, con anestesia general.

Incisión media infraumbilical. Se revisan todos los órganos abdominales sin que se encuentre lesión alguna. No hay ningún hematoma retroperitoneal. Riñones, normales. En cavidad abdominal no hay líquido de reacción. Cierre en tres planos. Al terminar la operación, el enfermo está casi despierto, con buen pulso y tensión.

Tratamiento con sueros, corticina y antibióticos. Diez horas después de la intervención el enfermo está rígido, espástico todo él, con fibrilaciones musculares generalizadas. Desviación conjugada de ojos. Piel muy caliente y sudorosa y pulso muy malo. Se pone el termómetro y el mercurio asciende hasta el final de él. Se le ponen paños húmedos y se evaporan rápidamente. Fallece a los quince minutos.

Obducción.—Cavidad abdominal y torácica, normales. Cráneo: Líquido cefalorraquídeo algo aumentado en cantidad, pero de aspecto macroscópico normal; meninges y cortes de cerebro, aparentemente normales. Raquis: Hay un aplastamiento vertebral a nivel de la quinta dorsal. En espacio epidural, en región cervical y dorsal, hay francamente pus de aspecto cóccico, verdoso y trabado.

ENSEÑANZAS DEL CASO.

Nuestras reservas ante aquel "abdomen agudo" eran lógicas, debido al cortejo de datos que

no podían ser atribuidos a un proceso endoabdominal, pero nos faltó tesón para llevar hacia adelante nuestras dudas. Una más justa valoración de su rigidez y atonía de esfínter nos debía haber llevado a una exploración física y radiológica de su columna, punción lumbar y más detenida exploración neurológica, en vez de conformarnos con comprobar la normalidad de los reflejos pupilares y la conservación del reflejo rotuliano. Asimismo se debía haber valorado más el que el tacto rectal fuera negativo, pues no es lógico que esta exploración resulte muda ante una reacción peritoneal severa, única que pudiera justificar la intensa contractura generalizada.

El espacio epidural, situado entre la duramadre y el periostio de las láminas y cuerpos vertebrales, está reducido a un espacio virtual en su porción anterior, debido a que la duramadre queda unida al periostio de los cuerpos vertebrales. Es en el plano posterior donde queda un espacio real, ocupado por la grasa epidural, de gran riqueza vascular; para DANDY, este espacio sólo existe por detrás del nacimiento en la médula de las raíces nerviosas, aunque también en este plano posterior hay diferencias notables en la amplitud de él, según la altura considerada, pues potencial por encima de la cuarta vértebra dorsal, es más amplio en la porción torácica inferior y lumbar, lugar donde son más frecuentes los abscesos epidurales.

Los abscesos epidurales son raros: 2 por 100 comparados con los abscesos intracraneales (PCNS), observándose con muy poca frecuencia en la actual era antibiótica. BROWDER y MEYER recogen, hasta 1937, 210 casos de la literatura, añadiendo GRANT otros 69 casos más hasta 1945.

Con criterio anatomopatológico se dividen en agudos, subagudos y crónicos, cuyas cifras de distribución son las siguientes: BROWDER y MEYER, de 210 casos, 156 parecen corresponder a formas agudas, dos subagudas y 52 crónicas. GRANT, de 69 abscesos epidurales, encuentra 44 agudos, seis subagudos y 19 crónicos. Son agudos cuando en el espacio epidural hay pus libre sin que la duramadre presente granulaciones; si hay pus libre, pero con granulaciones en la duramadre, son subagudos; se denominan crónicos cuando hay una masa fibrosa extradural, pero sin evidencia macroscópica de inflamación. En su gran mayoría son posteriores, aunque se citan algunos de localización anterior, secundarios a abscesos retrofaríngeos o peritonsilares. Los de localización anterior muestran algunas diferencias importantes, a saber: generalmente son localizados, no observándose las generalizaciones tan frecuentes en los posteriores; de dolor menos intenso y sintomatología menos fulminante, son de diagnóstico más difícil.

En cuanto a su etiología, el estafilococo es el germen encontrado con más frecuencia, siguiéndole el estreptococo y actinomicetes. La vía más común de llegada del germen es la hematógena,

aunque también puede llegar por contigüidad a través de la grasa epidural o cubiertas neurales. BROWDER y MEYER, analizando 88 casos, 72 son por infección hematógena y en 59 de ellos es el estafilococo el germen responsable. La rica vascularización de esta zona explica la frecuencia con que los gérmenes llegan por vía hematógena. El punto de partida del germen con frecuencia radica en forúnculos e infecciones cutáneas, quiste pilonidal, etc., o colecciones purulentas más profundas, como abscesos medias-tínicos o retrofaríngeos, supuraciones pulmonares o abscesos perinefríticos. La endocarditis también se cita entre los factores etiológicos. VERBRUGGHEN, de seis casos personales, encuentra dos debidos a raquianestesia extradural. La infección puede ser también directa, por un foco inflamatorio contiguo, trauma, herida de bala, operación en columna, etc. BROWDER y MEYER creen que la ostiomielitis vertebral y dolor en apófisis espinosas es un hallazgo constante, aunque a veces las lesiones macroscópicas no sean muy acentuadas, no llamando la atención del cirujano. Pero otras veces existe una ostiomielitis sin que se desarrolle este absceso epidural.

Aunque se han descrito en todas las edades, ADSON cree que son más frecuentes en los adultos jóvenes.

La historia cuidadosa recoge con frecuencia la existencia previa de una infección o trauma. Una o dos semanas después, con síntomas de una infección generalizada, con fiebre alta, escalofríos, leucocitosis y afectación del paciente (como una piemia generalizada, según ADSON), comienza el cuadro, generalmente con síntomas sensitivos: dolor intenso en espalda y raquialgia, que puede irradiar hacia extremidades inferiores, que se acompaña de rigidez involuntaria de los músculos espinales posteriores. Posteriormente aparecen dolores radiculares intensos, bilaterales, constrictivos, acompañados en ocasiones de irritación meníngea, observándose con frecuencia dolor localizado en algún segmento de la espina; pueden los dolores aumentar por movimientos o tos y ceder temporalmente por cambios de postura. Aparecen seguidamente trastornos espásticos con exaltación de los reflejos; si el absceso está situado en región dorsal, se desarrolla una parálisis espástica de los músculos abdominales y extremidades inferiores. La pérdida del control de los esfínteres, aunque suele aparecer posteriormente, puede ser de aparición precoz y ser completa. Siguen después trastornos de compresión medular, adormecimiento, paresia y finalmente parálisis por debajo de la zona de compresión que, comenzando en piernas, asciende rápidamente. ADSON observa que el desarrollo de los síntomas es muy rápido, de veinticuatro a setenta y dos horas, y aunque en los 12 pacientes observados

por él se desarrolla el síndrome de una mielitis transversa, sólo en tres pacientes se hizo completa. A medida que se desarrollan la parálisis y anestesia, el dolor puede ser menos pronunciado.

La exploración neurológica varía según que el absceso sea más o menos extenso, que la compresión medular sea más o menos completa, dependiendo del tiempo en que el paciente es visto y la virulencia de la infección.

La palpación de columna generalmente muestra un área de dolor marcado, a veces con tumefacción y edema.

La punción raquídea, que puede dar datos de gran valor, se ha de hacer con precaución para no llevar la infección al espacio subaracnoideo. Si se hace la punción en espacio epidural y sale pus al aspirar, es de valor confirmativo. Si se hace la punción lumbar ordinaria, podemos encontrar bloqueo del espacio subaracnoideo y cambios en el líquido cefalorraquídeo, consistentes en aumento de las proteínas, xantocromia a veces y pleocitosis con polimorfonucleares. La prueba de Queckenstedt positiva sirve para eliminar que una posible mielitis transversa sea de causa intramedular.

La exploración radiológica de columna sólo es útil cuando hay cambios manifiestos en el sistema óseo. ADSON, de 12 casos, sólo en dos observó destrucción ósea radiográficamente.

El diagnóstico puede hacerse cuando se entre en sospecha de este proceso, fundada la sospecha en relacionar la existencia de un foco inflamatorio, o un trauma, el comienzo agudo del cuadro actual, dolor intenso en la espalda, bloqueo espinal y dolor en apófisis espinosas.

Los antibióticos han mejorado el pronóstico "quod vitam", antes muy sombrío, estando supeditada la recuperación funcional de estos pacientes a la prontitud con que se haga el diagnóstico para la terapéutica adecuada. GRANT, de 44 abscesos agudos, observa que 14 murieron, 19 se operaron con recuperación completa y 11 se operaron y sobreviven sin recuperación; de los 14 muertos, uno lo fué sin operación y 13 tras la intervención. De seis subagudos, cuatro recuperan con la operación y hay dos muertes.

El tratamiento viene dado por drenaje quirúrgico del absceso y terapéutica antibiótica intensa.

BIBLIOGRAFIA

- ADSON, A. W.—Journ. Am. Med. Ass., 128, 511, 1945.
BATSON, O. V.—Ann. Surg., 112, 138, 1940.
BROWDER, J. y MEYERS, R.—Am. J. Surg., 37, 1, 1937.
DANDY, W. E.—Cit. GRANT, pág. 509.
GRANT, F. C.—Journ. Am. Med. Ass., 128, 509, 1945.
GRINKER, R. R.—Neurology, 3.ª ed. Ch. C. Thomas, Illinois, 1943, pág. 716.
NIELSEN, J. M.—A textbook of clinical neurology. Hoehner, London, 1942, pág. 373.
PEDRO PONS, A.—Enfermedades sistema nervioso. Salvat, Barcelona, 1952, pág. 316.
RUSSEL BRAIN, W.—Diseases of the nervous system Oxford. Med. Public., 1933, pág. 531.
VERBRUGGHEN, A. H.—Journ. Am. Med. Ass., 128, 511, 1945.