



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/3 - ME DUELE LA ESPALDA Y NO PUEDO CAMINAR

M. Moreno Olmos^a y C. Hernández García^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Politécnico La FÉ. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 41 años de edad, fumador, con antecedentes de lumbalgia de repetición en tratamiento con oxicodona/hidrocloruro de naloxona, quien tras varias consultas a urgencias diagnosticado de lumbalgia mecánica, acude nuevamente por dolor lumbar, debilidad y edemas en miembros inferiores, sensación distérmica, se pasa al área de observación con antibioterapia intravenosa y progresa rápidamente presentando alteración de la sensibilidad desde el ombligo, doble afectación esfinteriana y paraplejía.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 119/61 mmHg, FC 65 lpm, SatO₂ 100%, T^a 36,7 °C. Neurológico: pupilas isocóricas, normorreactivas. arreflexia. Áreas de hipo/anestesia parcheadas distalmente en ambos miembros inferiores (MMII). Reflejos cutáneo plantar abolidos. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, ventilados. Abdomen: distendido, globo vesical. Palpación dolorosa en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Timpanismo. MMII: edematizados, no signos de trombosis venosa profunda. Tomografía craneal: normal Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda. Bioquímica: PCR 41,40 mg/l, resto normal. Radiografía tórax y abdomen: normal. Ecografía abdominal normal. Antigenuria Streptococcus pneumoniae. Resonancia espinal: inflamación difusa y múltiples abscesos en musculatura paravertebral, psoas ilíacos, piramidal izquierdo y ambos glúteos, en continuidad con el canal raquídeo a través de agujeros de conjunción L3-L4 izquierdo y en ambos lados en niveles L4-L5, L5-S1 y sacros con ocupación del espacio epidural posterior y compresión significativa del saco tecal.

Juicio clínico: Lesión medular D7 Grado B de Asia por absceso epidural lumbar.

Diagnóstico diferencial: Hernia lumbar, espondilodiscitis infecciosa.

Comentario final: Se interviene de forma urgente para descompresión medular mediante laminectomía L4 y evacuación empiema epidural, además se realiza drenaje de absceso en musculatura paravertebral izquierda. Se instaura tratamiento antibiótico con meropenem iv. Lesión medular residual. Sigue tratamiento rehabilitador hospitalario. El absceso epidural espinal es una patología infrecuente y potencialmente fatal. La evolución puede ser muy rápida y de no mediar un diagnóstico precoz que permita instaurar un tratamiento eficaz, puede producir un daño neurológico irreversible, los síntomas iniciales son inespecíficos (dolor espinal y fiebre), haciendo que su diagnóstico sea un desafío para el médico clínico, como el traumatólogo o neurocirujano. En este sentido las neuroimágenes tienen un rol crítico. El pronóstico por lo general es ominoso y se relaciona directamente con la precocidad del tratamiento.

Bibliografía

1. Sendi P, Bregenzer T, Zimmerli W. Spinal epidural abscess in clinical practice. *QJM*. 2008;101(1):1-12.
2. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. *J Infect*. 2008;56:401-12.