



## 242/3813 - CERVICALGIA CON SIGNOS DE ALARMA

E. Ibeas Martínez<sup>a</sup>, E. González Manzana<sup>b</sup>, J. Chordá Ribelles<sup>c</sup>, M. Bailach Ozano<sup>d</sup>, T. Claramunt Carbonell<sup>d</sup> y M. Espinosa Sansano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lliria. Valencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lliria. Valencia. <sup>c</sup>Médico Internista. Servicio de Medicina Interna del Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Burjassot. Valencia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cervicalgia izquierda de 7 días de evolución. La paciente había acudido en 5 ocasiones a diversos centros sanitarios por ausencia de mejoría a pesar de analgesia; y disminución de la fuerza y parestesias en hemicuerpo izquierdo progresivas, incontinencia urinaria y fiebre de 48 horas de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física, destacó una contractura de musculatura paravetebral y trapecio superior izquierdos, temperatura axilar de 37,8 °C y taquipnea. La exploración neurológica evidenció una disminución de la fuerza en miembro superior e inferior izquierdos (MSI y MII), con paresia de la musculatura proximal del MSI. La sensibilidad y los reflejos del MSI estaban disminuidos respecto al contralateral; mientras que en MII eran simétricos. Las pruebas de imagen (radiografía cervical y hombro izquierdo, TAC craneal y cervical) no mostraron hallazgos patológicos. La analítica sanguínea objetivó leucocitosis de  $17,30 \times 10^9/L$  con desviación izquierda e índice de Quick del 67%.

**Juicio clínico:** Ante la aparición de déficit neurológico, fiebre y leucocitosis, a pesar de la ausencia de confirmación por imagen, se planteó el diagnóstico diferencial entre patología infecciosa focal y cervicalgia simple.

**Diagnóstico diferencial:** La paciente fue hospitalizada, realizándose una resonancia magnética cervical que mostró una tumoración quística en mitad izquierda del canal raquídeo cervical con compresión medular. Ante la sospecha de un absceso paravertebral izquierdo, se modificó antibioterapia (vancomicina + metronidazol). La paciente fue operada urgentemente (hemilaminectomía y drenaje), asilándose en el cultivo un Estafilococo aureus resistente a penicilina. Se modificó antibioterapia (ciprofloxacino + linezolid).

**Comentario final:** Los abscesos paravertebrales son entidades infrecuentes que suponen un difícil diagnóstico precoz, ya que su clínica es muy inespecífica. Debemos prestar atención a las red flags, pues patologías graves pueden presentarse enmascaradas con sintomatología que parece banal. Un diagnóstico rápido y la descompresión quirúrgica son esenciales para evitar secuelas neurológicas irreversibles.

## **Bibliografía**

1. Dúpová O, Cihláová R. Pyogenic Spinal Infections in Adults: A 5-Year Experience from a Tertiary Care Centre. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 2017;84(1):40-5.
2. Liou JH, Su YJ. Unusual cervical spine epidural abscess. *Am J Emerg Med.* 2015;33(10):1543.
3. Reihnsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients. *Neurosurg Rev.* 2000;232:175-204.

**Palabras clave:** Cervicalgia. Absceso paravertebral. Estafilococo aureus.