

Absceso espinal epidural

Se trata de infecciones que están situadas por fuera de la [duramadre](#) del [canal raquídeo](#).

Epidemiología

Es la infección más común dentro del canal espinal, aunque es rara (aproximadamente 0,2 a 2 casos por 10.000 admisiones de hospital).

Se puede esperar en un 5 al 18% de pacientes [osteomielitis vertebral](#) o [discitis](#), cuya propagación es por contigüidad.

En el 25 % de los casos es debida a una infección superficial o subcutánea, y la diseminación es por vía hematógena.

En el 22 % de los casos se presenta tras intervenciones espinales.

También se puede presentar tras anestesia epidural (1, 15), cirugía retrofaríngea (8) etc...

La región más afectada es la dorsal seguida de la lumbar y cervical.

El 82 % son posteriores y el 18 % anteriores.

Etiología

Los factores de riesgo se presentan en pacientes con diabetes, abuso de drogas IV, insuficiencia renal crónica y alcoholismo.

Incluso un paciente con enfermedad de Crohn puede desarrollarse un extenso absceso epidural espinal con comunicación intra-abdominal (Smith 2009).

Los organismos responsables se pueden dividir en piogénicos o granulomatosos

Piogénicos:

Staphylococcus aureus en el 60 % de los casos seguido de *Escherichia coli*.

En inmunodeprimidos los más frecuentes suelen ser *Pseudomonas*

En Endocarditis: *Streptococcus viridians*.

Se han descrito también otros casos aislados en la literatura *Streptococcus pneumoniae*....(2).

Los granulomas son resultado de infecciones por *Mycobacterium* u hongos.

Está resurgiendo la tuberculosis (5).

Otros: *M. avium-intracellulare*, coccidiomycosis, blastomycosis, histoplasmosis, cryptococcosis, sporotrichosis. Coccidiomycosis , Blastomycosis ,histoplasmosis,

Bartonella henselae...

Fisiopatología

El mecanismo de lesión suele ser por compresión directa o por trombosis de vasos leptomeníngeos (18).

Clínica

La primera etapa (dolor espinal) consiste en dolor de espalda local severo asociado a fiebre, aunque también se ha descrito sin fiebre (17) e incluso en una primera etapa como dolor abdominal (4).

La segunda etapa (dolor radicular)

La tercera etapa (paresia) comienza cuando se observa un déficit neurológico, el déficit sensorial puede también estar presente

La cuarta etapa es la de parálisis que se suele producir de forma rápida.

En ocasiones, el paciente puede desarrollar un cuadro de septicemia con fiebre elevada, confusión, taquicardia, sudoración, que puede enmascarar la clínica neurológica.

La clínica en niños es más inespecífica.

Diagnóstico

La RM espinal es la prueba de elección y va a aportar los datos necesarios para una correcta planificación de la intervención en caso de tratamiento quirúrgico,

En caso de confirmarse se debe realizar una RM de toda la columna para descartar la presencia en otras localizaciones.

La leucocitosis suele estar presente en los casos agudos

Los hemocultivos: pueden ser útiles en algunos casos.

La VSG suele ser alta.

La presencia de altas concentraciones de proteína en LCR es sugestivo de persistencia de infección (12).

Las RX simples son normales excepto en las presencia de osteomielitis.

Diagnóstico diferencial

Meningitis

Mielitis transversa aguda

Hernia discal

Tumores espinales...

Tratamiento

Un absceso epidural espinal es una emergencia neuroquirúrgica.

El éxito del tratamiento a menudo requiere la descompresión del canal medular, en combinación con

antibióticos por vía intravenosa.

Inmovilización con ortesis + antibioterapia en los casos sin déficit neurológico. Otros han defendido la cirugía combinada con antibióticos, argumentando que se puede producir un deterioro neurológico a pesar del tratamiento antibiótico sólo (9).

Leys y cols (10), recomiendan el tratamiento conservador para los siguientes casos:

1. Excesivo riesgo quirúrgico.
2. Implicación de una longitud extensa en el canal espinal
3. Parálisis completa > de 72 h.
4. Ausencia de déficit neurológico significativo.

Cirugía

El objetivo es identificar el germen el drenaje de pus, descompresión y estabilización ósea en caso de necesidad.

La mayoría son posteriores a la dura y se han abordado con una laminectomía extensa. En muchos casos no es preciso realizar una laminectomía, siendo suficiente una laminotomía, además los pacientes con osteomielitis vertebral acompañante pueden presentar inestabilidad.

El uso de drenajes epidurales no ha mostrado mejores resultados (11).

En los casos en que no existe un déficit neurológico rápido y severo el tratamiento médico es igual de efectivo que el quirúrgico (16).

En caso de tratamiento quirúrgico se debe completar con antibioterapia respectiva (9).

Tratamiento antibiótico:

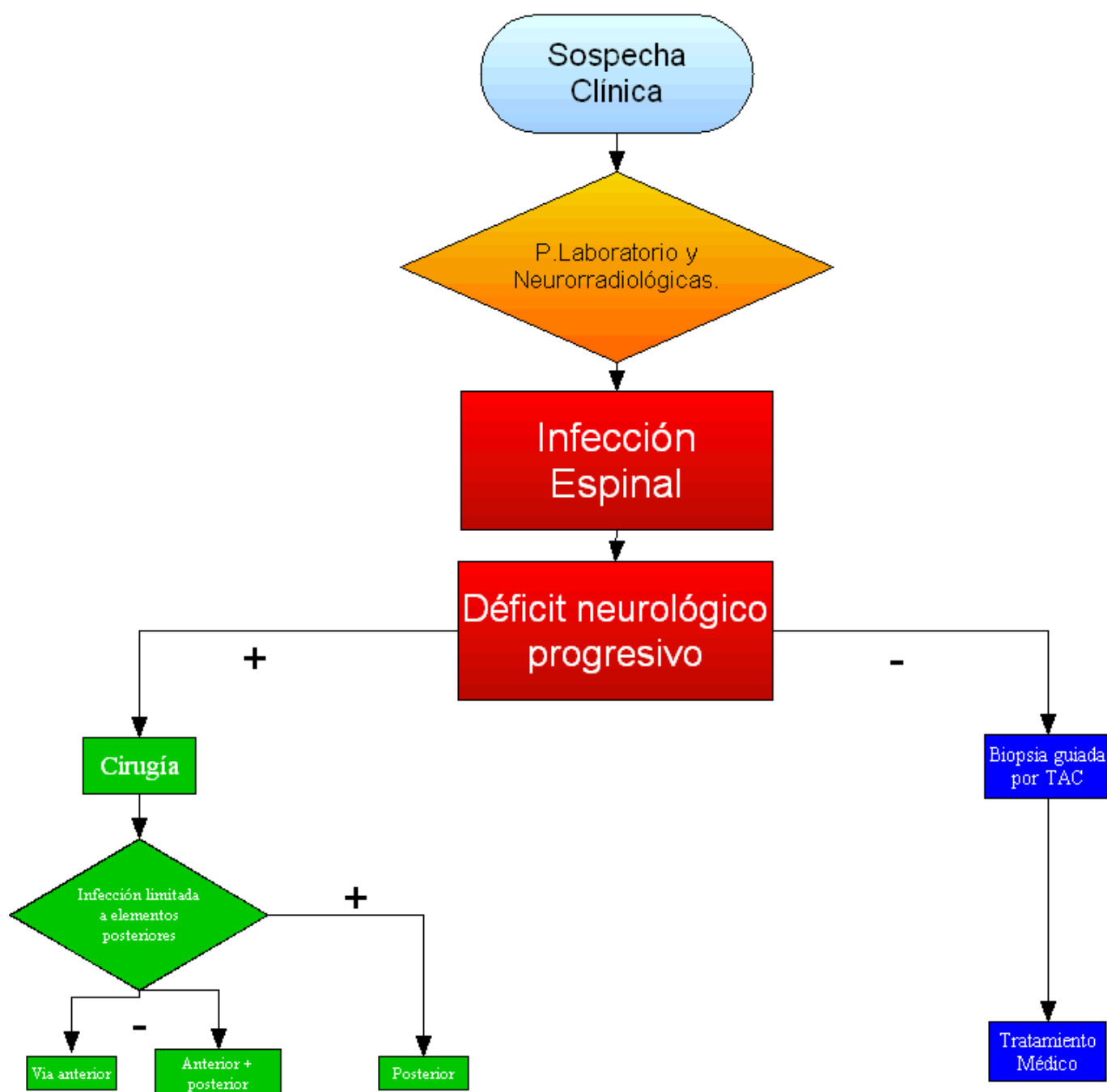
Si se desconoce el organismo: Cefotaxima + Vancomicina + Rifampicina (3).

Pronóstico

Fatal en 18-23 % y posiblemente más alto en pacientes viejos y aquellos con parálisis previa a la intervención (9).

Los pacientes con déficit neurológico severo rara vez mejoran tras 6-12 h tras del comienzo de la parálisis, aunque algunos publican ciertos grados de mejoría en las primeras 36 horas (7). La mortalidad se produce por el foco primario o embolismo pulmonar.

Infección Espinal



Bibliografía

1. Ay B, Gercek A, Konya D, Ozgen S: Spinal abscess after epidural anesthesia: need for more vigilance and better patient advice. J Neurosurg Anesthesiol 16:184-185, 2004.
2. Benitez P, Guilemany JM, Alobid I, Berenguer J, Mullol J: Transoral approach to drain streptococcus pneumoniae spinal epidural abscess in an HIV-infected adult. Acta Otolaryngol 124:863-866, 2004.
3. Bluman EM, Palumbo MA, Lucas PR: Spinal epidural abscess in adults. J Am Acad Orthop Surg 12:155-163, 2004.

4. Bremer AA, Darouiche RO: Spinal epidural abscess presenting as intra-abdominal pathology: a case report and literature review. *J Emerg Med* 26:51-56, 2004.
 5. Buyukbebeci O, Karakurum G, Gulec A, Erbagci A: Tuberculous osteomyelitis of the lumbosacral region: a spinal epidural abscess with presacral extension. *Arch Orthop Trauma Surg* 124:346-348, 2004.
 6. Davis DP, Wold RM, Patel RJ, Tran AJ, Tokhi RN, Chan TC, Vilke GM: The clinical presentation and impact of diagnostic delays on emergency department patients with spinal epidural abscess. *J Emerg Med* 26:285-291, 2004.
 7. Del Curling O, Jr., Gower DJ, McWhorter JM: Changing concepts in spinal epidural abscess: a report of 29 cases. *Neurosurgery* 27:185-192, 1990.
 8. Frat JP, Godet C, Grollier G, Blanc JL, Robert R: Cervical spinal epidural abscess and meningitis due to *Prevotella oris* and *Peptostreptococcus micros* after retropharyngeal surgery. *Intensive Care Med* 30:1695, 2004.
 9. Hlavin ML, Kaminski HJ, Ross JS, Ganz E: Spinal epidural abscess: a ten-year perspective. *Neurosurgery* 27:177-184, 1990.
 10. Leys D, Lesoin F, Viaud C, Pasquier F, Rousseaux M, Jomin M, Petit H: Decreased morbidity from acute bacterial spinal epidural abscesses using computed tomography and nonsurgical treatment in selected patients. *Ann Neurol* 17:350-355, 1985.
 11. Lohr M, Reithmeier T, Ernestus RI, Ebel H, Klug N: Spinal epidural abscess: prognostic factors and comparison of different surgical treatment strategies. *Acta Neurochir (Wien)*, 2004.
 12. Mitsuhashi K, Nakamura T, Hashimoto S, Uchiyama S, Iwata M: [Spinal epidural abscess with persistent increase in cerebrospinal fluid protein: a case study]. *No To Shinkei* 56:805-809, 2004.
 13. Panagiotopoulos V, Konstantinou D, Solomou E, Panagiotopoulos E, Marangos M, Maraziotis T: Extended cervicolumbar spinal epidural abscess associated with paraparesis successfully decompressed using a minimally invasive technique. *Spine* 29:E300-303, 2004.
 14. Parkinson JF, Sekhon LH: Surgical management of spinal epidural abscess: selection of approach based on MRI appearance. *J Clin Neurosci* 11:130-133, 2004.
 15. Schroeder TH, Krueger WA, Neeser E, Hahn U, Unertl K: Spinal epidural abscess—a rare complication after epidural analgesia for labour and delivery. *Br J Anaesth* 92:896-898, 2004.
 16. Siddiq F, Chowfin A, Tight R, Sahmoun AE, Smego RA, Jr.: Medical vs surgical management of spinal epidural abscess. *Arch Intern Med* 164:2409-2412, 2004.
 17. Tessman PA, Preston DC, Shapiro BE: Spinal epidural abscess in an afebrile patient. *Arch Neurol* 61:590-591, 2004.
 18. van de Warrenburg BP, Wesseling P, Leyten QH, Boerman RH: Myelopathy due to spinal epidural abscess without cord compression: a diagnostic pitfall. *Clin Neuropathol* 23:102-106, 2004.
- Smith C, Kavar B. Extensive spinal epidural abscess as a complication of Crohn's disease. *J Clin Neurosci*. 2009 Nov 12.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN
1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=absceso_espinal_epidural

Last update: **2020/02/24 12:27**

