

# Absceso epidural agudo de 40 centímetros de longitud en paciente sano.

Pablo González-Herráez Fernández<sup>1</sup>, Antonio García Arias<sup>2</sup>, Julián Cabria Fernández<sup>1</sup>, Marta Rodríguez Dopazo<sup>1</sup> , Javier Mateo Negreira<sup>1</sup>,  
1. Hospital universitario de Cabueñes; 2. Hospital de Jarrow

### Anamnesis

Hombre de 31 años, fumador, sano, que refiere dolor toracolumbar desde hace 6 días, no cediendo con analgesia habitual.

### Examen físico

Exploración en sedestación por dolor lumbar intenso que aumenta en decúbito supino, no clínica neurológica. No fiebre.

### Pruebas complementarias

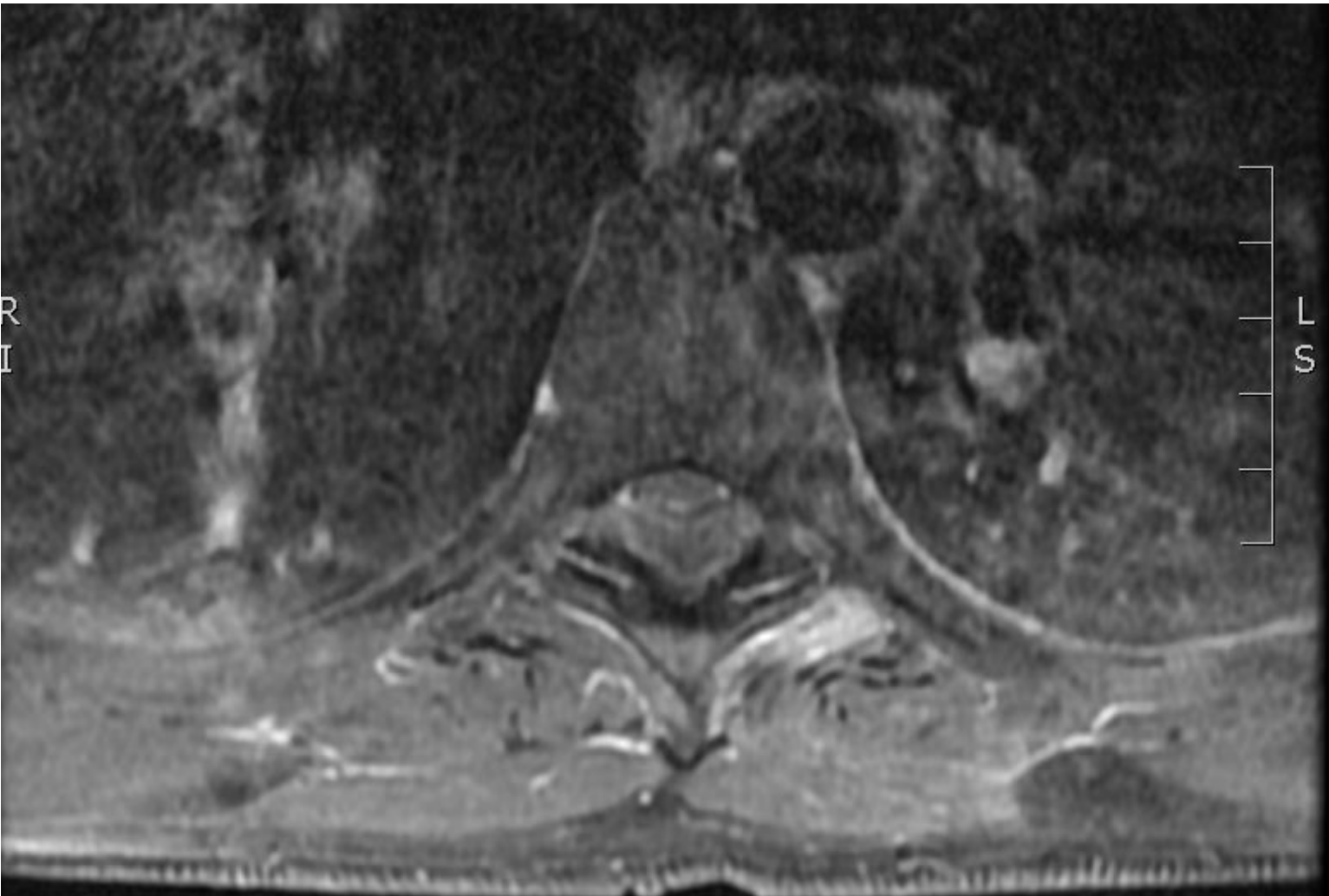
Leucocitos: 20.000, PMN: 83%, PCR: 281.

RMN: Colección epidural de unos 40cm desde T4 hasta L5 ocupando en el nivel dorsal 2/3 del calibre del conducto raquídeo sin alteraciones de señal en la médula. Edema óseo de las interfacetarias de T5/T6 y T6/T7 que se corresponden con una artritis séptica con absceso epidural posterior toracolumbar .

Cultivos: Estafilococo aureus meticilin sensible(SAMS).

### Diagnóstico

Absceso epidural T4-L5



Corte coronal y sagital el día de la cirugía previo a intervención.



### Tratamiento

Drenaje urgente realizando hemilaminectomía derecha en L4 y abordaje torácico a nivel de T7-T8.

Previo a antibiograma pauta empírica. Se ajusta con antibiograma y se mantiene antibioterapia durante 8 semanas.



Drenaje de contenido purulento intraoperatorio

### Evolución

A los 4 meses realiza una vida normal, indolora, con la misma actividad física que realizaba previamente, además evolución radiológica favorable.



Corte sagital de RMN a los 3 meses

### Discusión

El absceso epidural requiere de una alta sospecha diagnóstica debido a que tiene una clínica insidiosa e inespecífica, por ejemplo, solo en un 50% de los casos tienen fiebre. El diagnóstico precoz es fundamental para disminuir el riesgo de complicaciones y lograr una recuperación completa funcional.

Habitualmente provienen de un foco hematógeno, el microorganismo causal más frecuente es el SAMS.

El tratamiento clásico de elección consiste en intervención quirúrgica temprana mediante una laminectomía descompresiva y antibióticos sistémicos.

Hoy en día se aboga por la antibioterapia única como tratamiento de elección de los abscesos epidurales; la cirugía se deja como segundo escalón en el caso de tener un deterioro neurológico progresivo, inestabilidad espinal y ausencia de mejoría a pesar del tratamiento antibiótico. De hecho actualmente el 40% de los casos se resuelven con antibióticos solamente.

En la bibliografía consultada no se reportan casos de absceso epidural bacteriano de este tamaño a excepción del Mycobacterium tuberculosis en el mal de Pott donde sí se han encontrado abscesos de estas dimensiones, esto se puede deber a una virulencia menor del germen que enmascaran la patología y hacen más difícil filiar su causa.