

Absceso epidural lumbosacro con afectación cervical

Pablo González-Herráez Fernández¹, Julián Cabria Fernández¹, Marta Rodríguez Dopazo¹, Carla Menéndez Urdangaray¹, Roberto Iglesias Colao¹.

1. Hospital universitario de Cabueñes

ANAMNESIS

Hombre de 64 años, fumador, bebedor, hipertenso, que consulta por dolor lumbar, pérdida de peso de 3 kg y malestar general de una semana de evolución.

Antecedente de artritis séptica por *S. Aureus* meticilin sensible (SAMS) en articulación esternoclavicular.

Sensación distérmica, no ha tenido fiebre.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: leucocitos: 43.000, PMN: 93%, PCR: 421, procalcitonina 4,53.

RMN: Los hallazgos son compatibles con importante miositis, flemonosa en el nivel cervical y absceso epidural posterior en la región lumbosacra.

Hemocultivos y cultivos intraoperatorios: + para SAMS.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En Urgencias, dolor lumbar difuso con disminución de fuerza 3/5 en miembros inferiores, no puede realizar bipedestación.

Sensibilidad conservada. Fuerza en miembros superiores conservada aunque cierta debilidad.



RMN de urgencia

DIAGNÓSTICO

Absceso epidural lumbosacro+miositis cervical.

TRATAMIENTO

Drenaje urgente realizando laminectomía derecha en L4 con exposición del canal, sondaje de este con lavado y aspiración de absceso epi-peridural franco.

Debido a mala evolución se realiza nuevo drenaje a los 10 días en dos tiempos: drenaje de psoas derecho y abordaje sobre incisión previa ampliando laminectomía derecha y drenando nueva colección.

Previo a antibiograma pauta empírica de Meropenem+Daptomicina. Se ajusta con antibiograma manteniendo pauta durante 8 semanas.

EVOLUCIÓN

Mejoría progresiva del cuadro estando al año y medio con fuerza completa en miembros inferiores y realizando una vida normal.

DISCUSIÓN

El absceso epidural es una patología que requiere un alto índice de sospecha debido a su presentación clínica insidiosa e inespecífica. Solo el 50% de los pacientes presentan fiebre, dificultando su diagnóstico precoz, que es clave para evitar complicaciones graves y garantizar una recuperación funcional completa.

La mayoría de los casos tienen un origen hematógeno, siendo los focos más comunes las infecciones del tracto urinario o la endocarditis. El microorganismo más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (SAMS), como el caso que se presenta.



RMN tras primer lavado

Tradicionalmente, el tratamiento de elección ha sido quirúrgico, mediante laminectomía descompresiva, junto con antibióticos sistémicos. No obstante, en la actualidad, hasta el 40% de los casos se resuelven con antibioterapia exclusiva, reservándose la cirugía para pacientes con deterioro neurológico progresivo, inestabilidad espinal o falta de mejoría clínica.