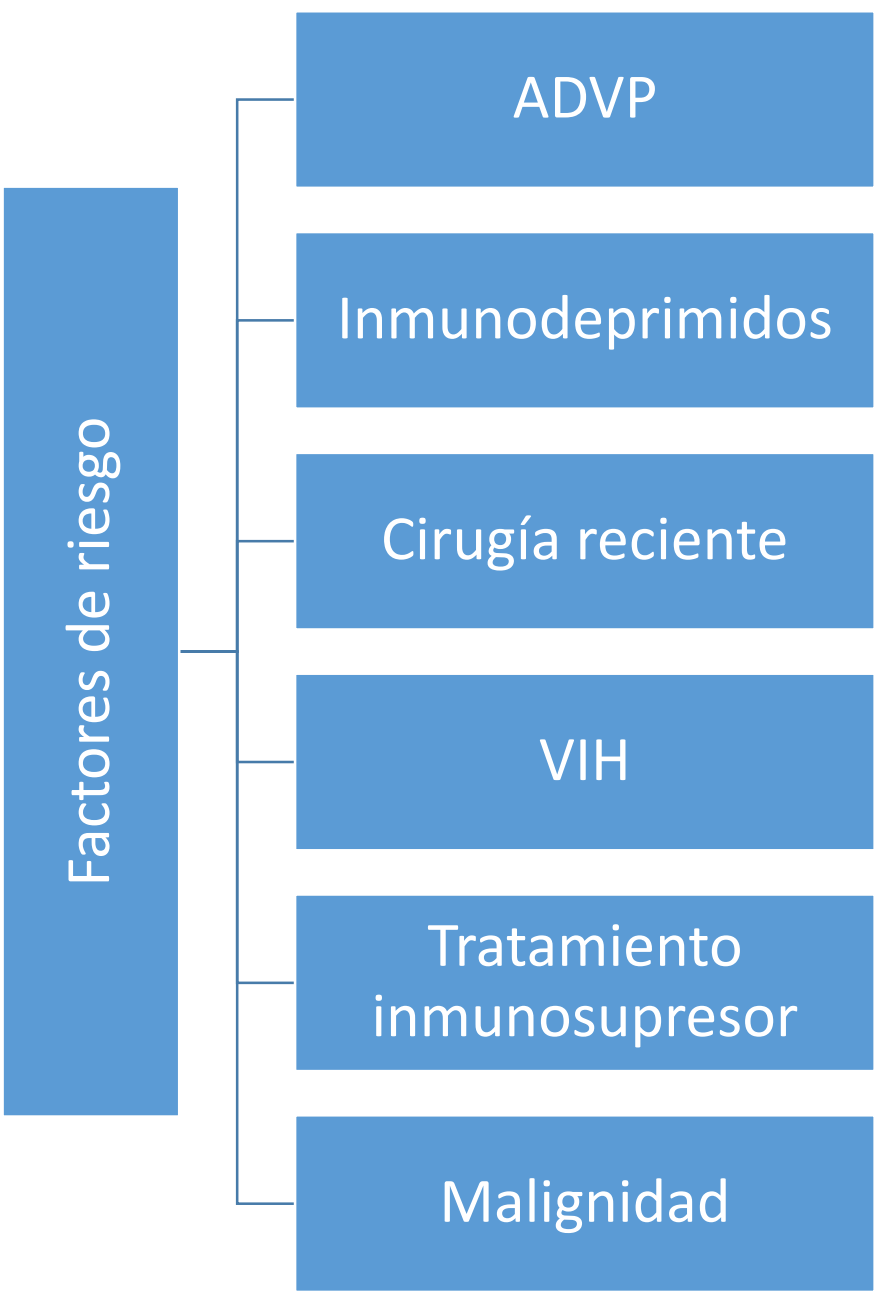


“ABSCESO EPIDURAL CERVICAL ANTERIOR”

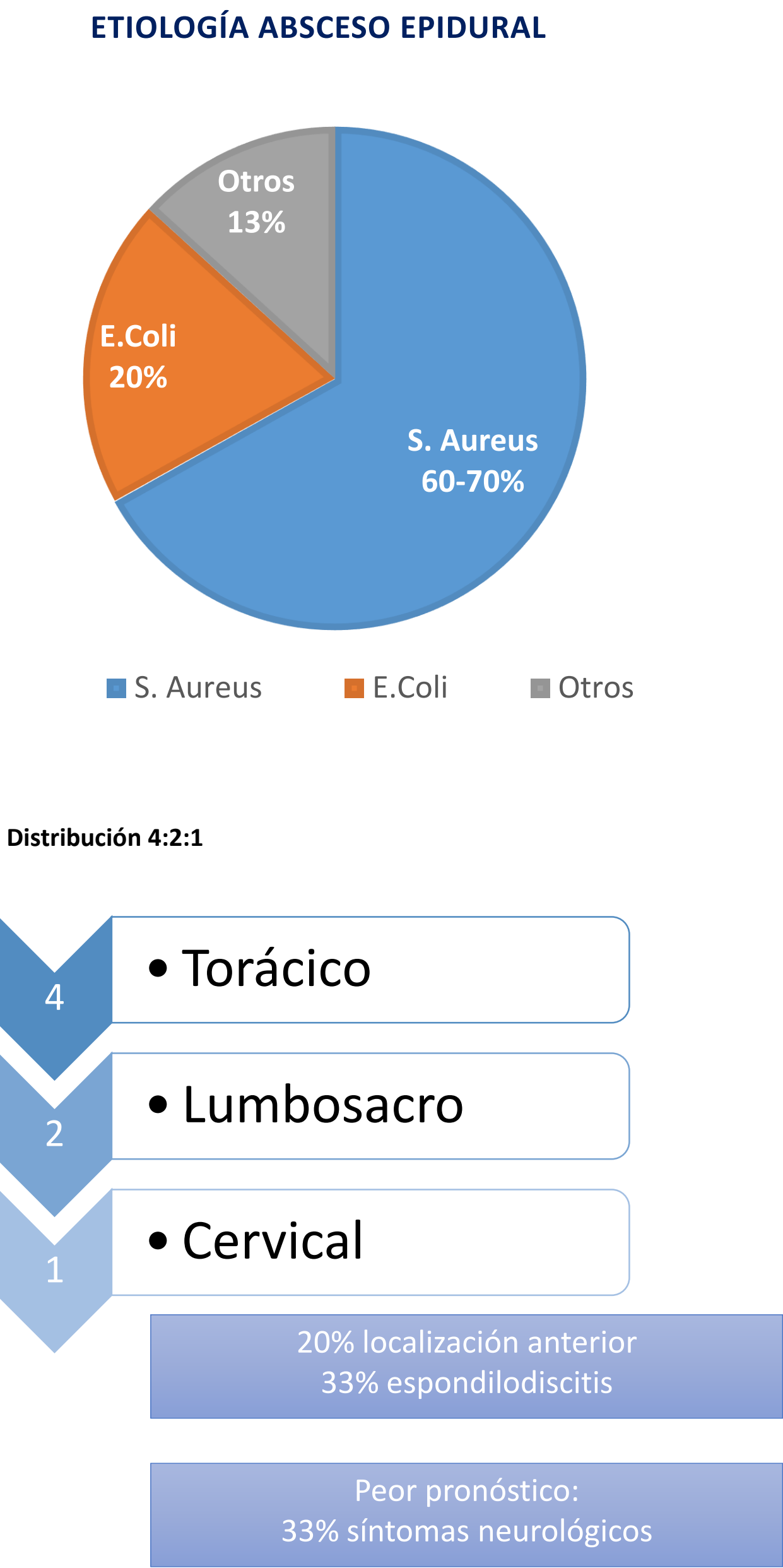
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

García García, M. A.; González Murillo, M.; De Uña Gallego, Z.; Sanz Ferrando, L.

Introducción



La mielopatía cervical es una patología causada por la compresión de la médula espinal. Se caracteriza por la aparición de un síndrome piramidal con paraparesia espástica con alteraciones de la marcha y el equilibrio. El absceso epidural es una entidad poco frecuente asociada a una elevada morbilidad. El principal agente etiológico es Staphylococcus Aureus 60-70% de los casos, seguido de gram negativos como E. Coli 18%. Aparece con una proporción 4:2:1 a nivel torácico, lumbosacro y cervical respectivamente. La región con peor pronóstico es la cervical, donde hasta el 33% de los pacientes presentarán síntomas neurológicos. Aparecen localizados anteriormente en un 20% de los casos y asociados a espondilodiscitis en un 33%. Predominan en pacientes con factores de riesgo tales como: usuarios de drogas por vía parenteral, Inmunodeprimidos, VIH, cirugía reciente...



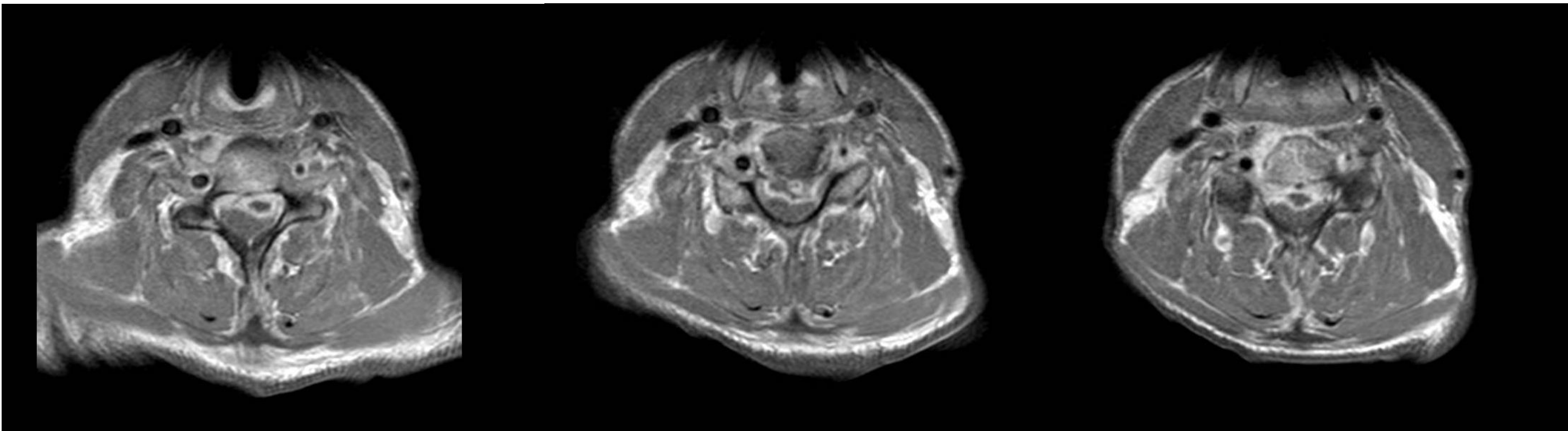
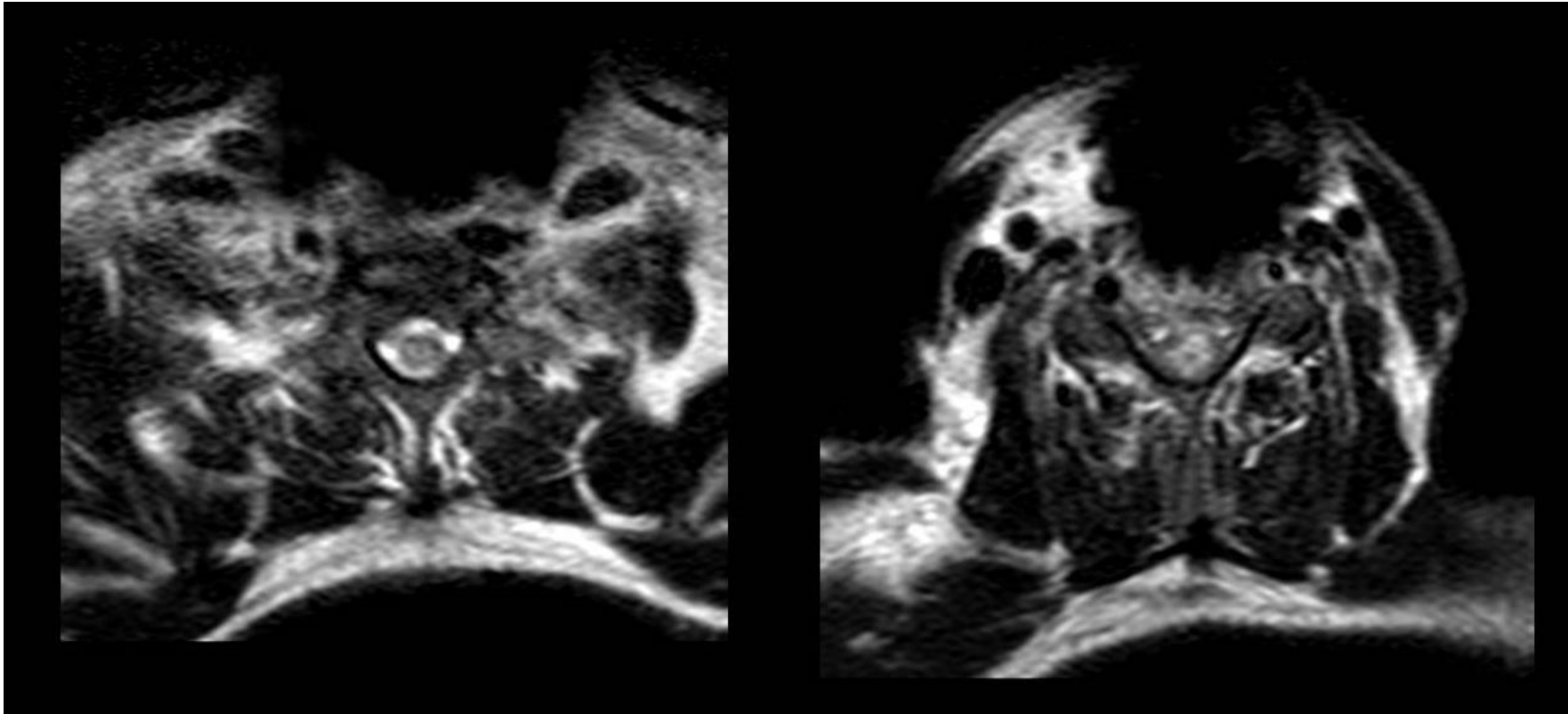
Objetivo

Descripción de un caso clínico de mielopatía aguda compresiva provocada por un absceso epidural cervical anterior, secundario a espondilodiscitis C5-C6, que precisó tratamiento quirúrgico urgente.

Material y método



Se trata de un paciente de 44 años usuario de drogas por vía parenteral, con antecedentes de infarto lacunar, con secuelas en hemisferio izquierdo y VHC positivo. Ingresó por sospecha de mielopatía cervical de causa compresiva, con sintomatología sensitivo-motora en las cuatro extremidades y alteración de esfínter vesical. A las 24 horas del ingreso, se produce empeoramiento clínico con paresia de miembros superiores e inferiores. Se realizaron pruebas complementarias (TAC y RMN) que confirman espondilodiscitis C5-C6 con absceso epidural anterior desde C4 a D2 que condiciona compresión medular anterior. Realizamos cirugía urgente con abordaje vía anterior con drenaje del absceso, toma de muestras y artrodesis C5-C6, con autoinjerto de cresta ilíaca derecha y estabilización con placa.



Resultados

La evolución del paciente tras la cirugía es satisfactoria. Con mejoría lenta de la afectación sensitivomotora durante el ingreso. Al mes y medio en consulta la movilidad está prácticamente recuperada, persistiendo la afectación previa secundaria al infarto lacunar.

Conclusiones

El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico y antibioterapia urgente son esenciales para disminuir las complicaciones y secuelas neurológicas secundarias a la compresión medular.

Bibliografía

- Schwab JH, Shah AA. Spinal Epidural Abscess: Diagnosis, Management, and Outcomes. J Am Acad Orthop Surg. 2020 Nov 1;28(21):e929-e938. doi: 10.5435/JAAOS-D-19-00685. PMID: 32694325.
- Babic M, Simpfendorfer CS, Berbari EF. Update on spinal epidural abscess. Curr Opin Infect Dis. 2019 Jun;32(3):265-271. doi: 10.1097/QCO.0000000000000544. PMID: 31021957.
- Shah NH, Roos KL. Spinal epidural abscess and paralytic mechanisms. Curr Opin Neurol. 2013 Jun;26(3):314-7. doi: 10.1097/WCO.0b013e3283608430. PMID: 23511442.