



## Caso clínico...

# ABSCESO EPIDURAL DE COLUMNA

Mario Villegas N.<sup>††††</sup>

Varón adulto, natural de Campo de la Cruz (Atlántico) y residente en la isla de San Andrés desde hace cerca de 20 años, soltero, sin hijos, en familia extendida con sus padres, actualmente sin trabajar a causa de las limitaciones impuestas por su enfermedad; hasta hace cerca de tres meses, se desempeñaba como albañil. Actualmente requiere de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria y utiliza apoyos de marcha del tipo caminador, ante la dificultad manifiesta para la marcha.

En sus antecedentes se reconoce como persona que padece diabetes mellitus del tipo 2, desde hace unos cinco años y actualmente en uso de insulina del tipo Glargina en cantidad de 24 UI cada día, sin que aplique estrategias de autocontrol o autoajuste, sin que mantenga registros de mediciones de glucometría, sin que reconozca los valores de hemoglobina glucosilada y sin que esté seguro de su función renal o perfil lipídico.

En sus antecedentes patológicos, reconoce que en febrero de 2016 estuvo hospitalizado y recibió cobertura antibiótica y drenaje por parte de cirugía general, de un absceso del psoas derecho, habiendo sido dado de alta y con controles ambulatorios por medicina interna.



Imagen 1. Absceso del psoas derecho.

<sup>††††</sup> MD. Especialista Medicina Familiar Integral, Educación médica, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad.



Imagen 2. Absceso del psoas derecho.



Imagen 3. Absceso del psoas derecho.

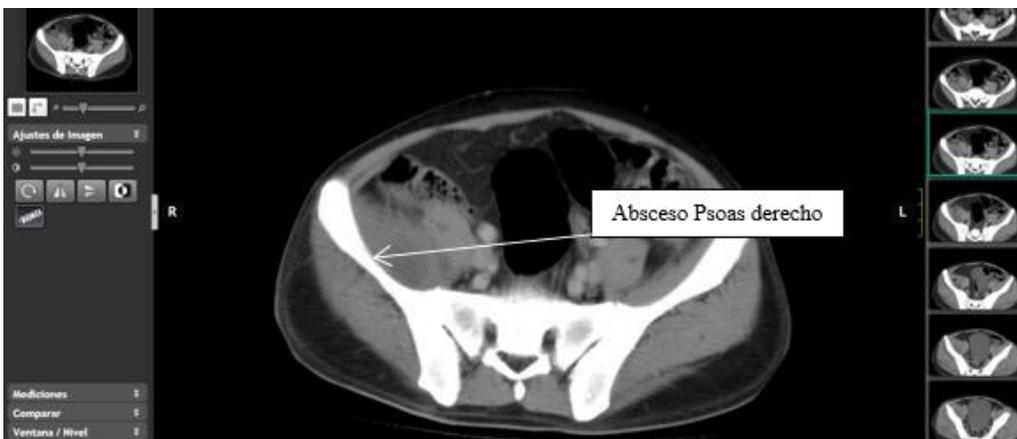


Imagen 4. Absceso del psoas derecho.



Imagen 5. Absceso del psoas derecho.

Desde el momento del ingreso hospitalario en febrero de 2016, el paciente refiere la presencia de síntomas neurológicos del tipo hipodisestesias en los miembros inferiores y dolor lumbar, síntomas que se han acentuado a lo largo de los 30 días anteriores al ingreso actual.

El día 1 de abril de 2016, reconsulta al servicio de urgencias, por presentar dolor lumbar axial, asociado a pérdida progresiva de la movilidad de ambos miembros inferiores, con predominio en el miembro inferior izquierdo, con una muy clara alteración de la marcha que le hace necesario el uso de caminador y silla de ruedas.

Refiere adicionalmente la presencia de fiebre subjetiva y pérdida de peso.

Al examen físico se lo aprecia en regulares condiciones, consciente y alerta, obedece órdenes simples y complejas, caquético, pálido. Pupilas isocóricas, Normo-reactivas, con diámetro de 3mm, sin afeción de pares craneanos altos o bajos.

Se aprecia un nivel sensitivo normal hasta T6, con presencia de hipoestesias desde T6 hasta S1, con fuerza distal en miembros inferiores de 3/5, con reflejos osteo-tendinosos mostrando: hiperreflexia patelar y aquiliana bilateral, Babinski bilateral positivo, reflejo de Hoffman negativo.

El examen cardiopulmonar normal, el abdomen con leve dolor en fosa iliaca derecha.

Las extremidades con pérdida de la fuerza, más evidente en el miembro inferior derecho.

## EVOLUCIÓN

Ante la presencia de síntomas y signos clínicos altamente sugestivos de una compresión medular y considerando la presencia del absceso de psoas en febrero de 2016, se solicitaron tomografías computarizadas contrastadas cervico-toraco-lumbares, en busca de localizar la lesión y proceder a su manejo.

Se solicitaron laboratorios de panel metabólico y reactantes de fase aguda de inflamación, todos ellos negativos en sus resultados. Se solicitaron hemocultivos y se colocó como impresión de **diagnóstico, una espondilodiscitis** con colapso vertebral en paciente diabético.

El día 2 de abril y mediante la interpretación de las tomografías, se identificó la presencia de **un gran absceso epidural**, localizado entre T 8 y T 11 segmento anterior, con desplazamiento del cordón medular, con cambios de remodelación ósea de T 9 y T 10 y se consideró que el episodio de absceso



del psoas derecho del mes de febrero de 2016, se encontraba inmerso dentro del mismo cuadro clínico y habría correspondido a un escurrimiento purulento desde el absceso epidural torácico.

Ante el riesgo de paraplejía postquirúrgica, sangrado masivo en sistema nervioso central (médula espinal), neuroinfección y necesidad de instrumentación a largo plazo, estando programado de manera urgente para laminectomía y drenaje del absceso, se procedió a un traslado en avión ambulancia hacia un servicio de neurocirugía de IV nivel que contara con resonancia magnética nuclear, imágenes gamagráficas y un mejor servicio de infectología clínica disponible.

Las laboratorios mostraron: Potasio 4.00 mm/ol/L. Cloro 100 mmol/L. Creatinina 0.58 mg por dL. BUN 12,6 mg /dl. Glicemia: 111mg. Hematocrito. 34,8 %. Hemoglobina 11, 4 grm. VSG 40 mm 1 hora. Leucocitos 7400 y neutrófilos 77 %. Proteína C reactiva 13,1 mg/dl (normal 0.0 a 0.5). Gases arteriales normales.

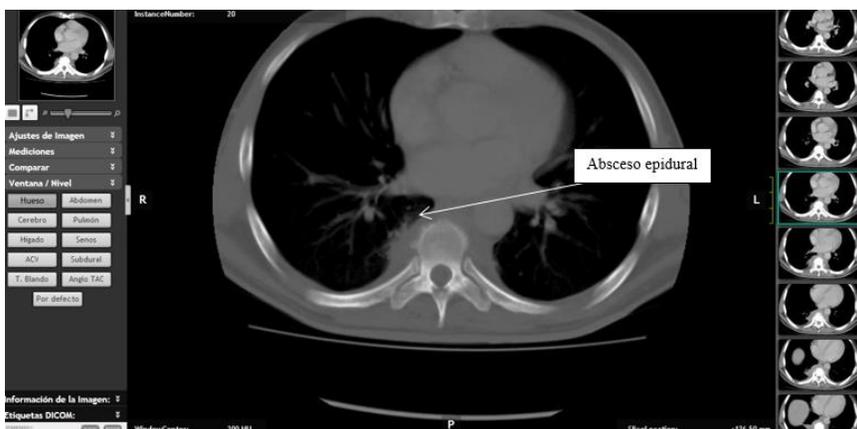


Imagen 9. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T 8.



Imagen 10. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T 8 y lesión discal.



Imagen 11. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.

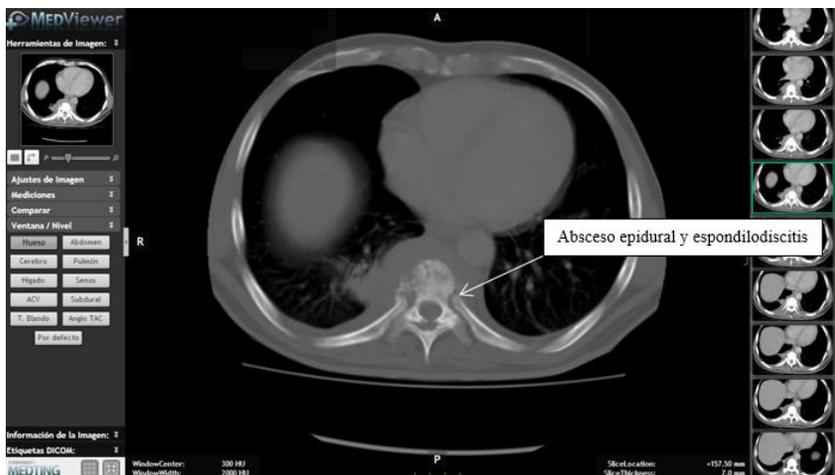


Imagen 12. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 13. Cambios óseos en el cuerpo vertebral de T10 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 14. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 15. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



Imagen 16. Cambios óseos en los cuerpos vertebrales de T8 y T9 y lesión discal, gran edema prevertebral.



## ANÁLISIS

La importancia de este caso radica, no solo en la frecuencia creciente en el diagnóstico de espondilodiscitis en pacientes que sufren de diabetes mellitus, diagnóstico quizás relacionado con la disponibilidad creciente de neuro-imágenes como las tomografías computarizadas contrastadas y las resonancias magnéticas nucleares contrastadas en las columnas cervical, dorsal y lumbar, sino, en la toma de los datos en la historia clínica y el examen físico delicado de los pacientes.

En este caso en particular, mirado de manera retrospectiva, cuando todo parece sencillo, el paciente, hombre muy tranquilo y amable por cierto, manifestó con toda claridad que, desde el primer momento, tenía una sintomatología similar.

El hallazgo, muy claro, de un absceso del músculo psoas, localizado a nivel pélvico, contra el ligamento inguinal, pareció en un primer momento explicar la presencia de dolor en el miembro inferior derecho, pero no explicaba de ninguna manera las alteraciones de marcha, de sensibilidad, de fuerza y de reflectividad manifiestas y que, de manera posterior, hicieron evidente la espondilodiscitis torácica.

El paciente fue remitido para su manejo a una IPS de cuarto nivel. No sé el resultado final del proceso integrado de manejo de este paciente en el continente y espero de todo corazón, que esté siendo exitoso, con un buen drenaje neuroquirúrgico, una prolongada administración de antibióticos y una posterior instrumentación de columna dorsal, con una rehabilitación intensa para terminar.

Ante mis ojos se abre nuevamente la oportunidad que aprecio en casi 9 de cada 10 pacientes que sufren de diabetes mellitus y consultan a nuestro servicio de emergencias:

No reconocen su enfermedad, no la conocen tampoco, no les hemos apoderado de sus vidas y del manejo de la enfermedad en ellas; no les hemos enseñado cómo autocontrolarla y cómo autoajustar su medicación a esos controles; no les hemos enseñado a contar calorías, a hacer su ejercicio, a manejar su nutrición, al cuidado de sus pies... en fin, creo que no hemos revisado esos bellos documentos que cada enero nos regala la American Diabetes Association en sus Standards of Care.

Revisando esos Standards of Care en <http://care.diabetesjournals.org/site/misc/2016-Standards-of-Care.pdf>, colocando la mirada un tiempo en la página web de esa asociación en [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org) y revisando cualquier referencia bibliográfica como, por ejemplo:

Graña D, Gutiérrez M, Torres D, Perendones M. Espondilodiscitis bacteriana inespecífica: una afección con incidencia creciente. Arch Med Interna. 2014; 36(2):55-59.

Quizás así podamos servir mejor a pacientes como este a quien he descrito.

-----