

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

60

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Pedrini Casals**

Nombre: **Maura**

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: ABCESO EPIDURAL PANESPINAL

Centro de trabajo: Hospital San Juan de Dios, Esplugues de Llobregat

Autores: M. Pedrini, I. Jordán, F.J. Cambra, R. Navarro, C. Fortuny, A. Palomeque

Texto: Introducción: El absceso epidural espinal constituye una entidad rara pero con elevada morbimortalidad. Su diagnóstico precoz constituye un reto por la inespecificidad de la clínica inicial. Objetivo: Se presenta el caso clínico de un paciente de 17 años con un absceso epidural panespinal. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 17 años, originario de Ecuador, que ingresa por dorsalgia y fiebre de hasta 39°C de 24 horas de evolución. Algunos episodios autolimitados de dorsalgia, tos y febrícula en los últimos 4 meses. No otros antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración sólo destaca dolor a la palpación paravertebral izquierda a nivel dorsal. Las radiografías de tórax y columna dorsolumbar no muestran hallazgos patológicos. La analítica sanguínea evidencia leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la PCR. El hemocultivo es positivo a las 24 horas para *Staphylococcus aureus*, por lo que se inicia tratamiento con cloxacilina endovenosa. A las 48 horas presenta empeoramiento clínico-analítico progresivo, con taquipnea, taquicardia e hipoxemia e infiltrado en la radiografía. El ecocardiograma descarta endocarditis. Se decide traslado a unidad de cuidados intensivos y se inicia ventilación no invasiva, añadiéndose rifampicina. La resonancia magnética de columna objetiva gran empiema epidural posterior (entre C2-L3), con absceso de partes blandas a nivel dorsal posterior con celulitis lumbar, y absceso prevertebral de D6 a D11. Se realiza laminectomía dorsal de urgencia, drenándose abundante material purulento (cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*). Tras la intervención presenta tetraparesia incompleta, repitiéndose RNM de columna que demuestra persistencia del empiema epidural, con encajamiento medular y lesión centromedular cervical a nivel C2-C4, por lo que se inicia corticoterapia en régimen de shock medular y se procede a laminectomía descompresiva de C2 a T1. El paciente fue subsidiario de traqueotomía por ventiloterapia prolongada y presentó una candidiasis invasiva. Se completaron 6 semanas de antibioticoterapia endovenosa, con posterior tratamiento oral con cefadroxilo durante 4 semanas más. Posteriormente presenta una evolución favorable con mejoría progresiva de la clínica respiratoria y los déficits neurológicos. Al alta deambula sin apoyo, controla esfínteres y presenta una discreta disestesia en ambas manos. Discusión: La triada clínica clásica del absceso epidural de dolor, fiebre y déficit neurológico es poco frecuente. El conocimiento de la presentación clínica inicial variable e insidiosa es crucial para establecer el diagnóstico y tratamiento precoz, que son determinantes para el pronóstico. La RMN es la técnica de imagen más sensible para el diagnóstico y debe realizarse ante la sospecha clínica del cuadro. El drenaje quirúrgico, junto con la antibioticoterapia sistémica, son el tratamiento de elección.

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**