



242/993 - EMPIEMA SUBDURAL DOBLE, ANTERIOR CÉRVICO-DORSAL Y POSTERIOR LUMBAR, SIN COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO DE UNA LUMBALGIA

G. Mascaró Crusat^a, A. Rufach García^b, X. Lázaro Navarro^c, J. Ros Baro^c, I. Hordiyenko^c y E. Hengesbach Barios^c

^aMédico de Familia. EAP Castellterçol. Barcelona. ^bMédico Pediatra. ABS Vall del Ges. Osona. Barcelona. ^cMédico de Familia. EAP Moià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, con dolor lumbar brusco de 4 días de evolución, después de un sobreesfuerzo. Progresivamente aumentó de intensidad, irradiando al resto de columna y apareciendo rigidez del tronco y cefalea holocraneal continua. Se orienta como lumbalgia con contractura muscular pero ante el nulo efecto de los distintos tratamientos analgésicos, antiinflamatorios y miorelajantes y el aumento de la rigidez, se decide remitir a hospital para analítica y pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura corporal 36,3 °C. Exploración física y neurológica normal, sin meningismo. Palpación no dolorosa de apófisis espinosas. Rigidez troncal. Fuerza y sensibilidad conservadas en ambas extremidades inferiores. No lesiones cutáneas. En analítica inicial destaca velocidad de sedimentación glomerular 54 mm/h, hemograma leucocitos $15 \times 10^3 \mu\text{L}$ (87% neutrófilos), proteína C reactiva (PCR) 255 mg/L. Radiología columna lumbar sin lesiones óseas. Rectificación lordótica. Resonancia magnética columna vertebral: Extensa colección subdural cérvico-dorsal anterior de C2 a D10 y lumbar posterior de L2 a S2. A las 24h del ingreso, inicia rigidez nuchal con Kernig positivo, sin compresión medular, PCR 341 mg/L y hemocultivos positivos a *Staphylococcus aureus* (no se encontró puerta de entrada). Se realizó punción espinal para descompresión y cultivo que también fue positivo al mismo germen.

Juicio clínico: La rigidez nuchal y troncal, la fiebre, la PCR alta y los cultivos positivos a *Staphylococcus aureus* confirmaban la etiología infecciosa. Destaca el hecho de que los dos empiemas no estuvieran comunicados.

Diagnóstico diferencial: Sepsis estafilocócica, discitis y artritis séptica, meningitis, empiema epidural.

Comentario final: Ante un episodio de lumbalgia aguda, con contractura muscular importante, que no responda al menos parcialmente al tratamiento habitual prescrito en 24-48h, debe hacer pensar en otras etiologías. La existencia de fiebre, cefalea o rigidez vertebral nos obliga a hacer un hemograma con PCR. Este parámetro es un signo de alarma para realizar pruebas de imagen complementarias a pesar de la normalidad de la radiología básica.

Bibliografía

1. Absceso de la médula espinal: Medline Plus.gov
2. Absceso epidural-tratado.uninet.edu/c040105.html
3. Dolor lumbar como manifestación única de absceso epidural. Disponible en: [www.hpc.org.ar/v2/v_art_rev.asp?id = 605&offset = 6](http://www.hpc.org.ar/v2/v_art_rev.asp?id=605&offset=6)

Palabras clave: Empiema subdural. Lumbalgia.