

# Absceso epidural después de anestesia regional para herniorrafía inguinal y umbilical.

Dr. Juan García Chienda\*, Dr. Ernesto Chillitupa Concha\*\*, Dr. Jaime Guevara Mantilla\*\*\*, Dr. Walter Cruzalegui Lara\*\*\*\*

## RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que fue sometido a anestesia regional con catéter epidural para cirugía de corrección de hernia inguinal y umbilical y que luego de tres días presentara cuadro clínico de lumbo cialgia, con mas de veinte días de evolución, progresiva a dificultad para deambular, parestesias en miembros inferiores, pérdida de fuerza y fiebre por lo que es ingresado a UCI, demostrándose luego la presencia de micro abscesos epidurales por RM y compromiso inflamatorio vertebro discal, cuadro asociado a proceso asmático, hipertrofia de próstata e infección urinaria.

\* Jefe del Centro Quirúrgico del H.C. PNP. Anestesiólogo.

\*\* Jefe Adjunto del Centro Quirúrgico del H.C. PNP. Anestesiólogo.

\*\*\* Asistente del Centro Quirúrgico del H.C. PNP. Anestesiólogo.

\*\*\*\* Residente de Anestesiología del Centro Quirúrgico del HC. PNP. por la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

**Palabras claves:** Anestesia regional, absceso epidural, parestesias, lumbo ciatalgia.

### Abstract

We present the case of a patient that was subjected to Regional Anesthesia with Catheter epidural for Surgery of Correction of Hernia Inguinal and Umbilical and that after 3 days it presented clinical square of Lumbo ciatalgia, with but of twenty days of evolution, progressive to difficulty to stroll, parestesias in inferior members, lost of force and fever for what is entered to ICU, being demonstrated the presence of micro abscesses Epidurals then by RM and commitment inflammatory vertebro discal, square associated to asthmatic process, prostate Hipertrofia and Urinary Infection.

**Words key:** Regional Anesthetizes, Abscess epidural, parestesias, Lumbo ciatalgia

Absceso Peridural es una complicación rara que se produce en alrededor de 1/10,000 a 1/50,000 internamientos para anestesia epidural, la edad de presentación en promedio es a los 60 años y que generalmente se presenta en forma secundaria a una bacteriemia o a un proceso infeccioso de un hueso vertebral vecino. La anestesia rara vez está involucrada en el proceso.

En los estudios de Baker y col. (3), y de Danner y col.4, se documentó que sólo 1 de 74 casos fue precedido por una anestesia epidural. Otros estudios retrospectivos relacionados con la anestesia peridural atestiguan la rareza de esta complicación.

Generalmente está asociado a un cuadro de fondo que comprometa el sistema inmunológico, especialmente las células T Killer (A.R. Sellar & col. (7) como en la pancreatitis con diabetes secundaria y catéter epidural L4-L5. Asimismo, se reportan otros factores como los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico invasivos como la mielografía o discografías, además de la diseminación hematogéna de otros focos exógenos, otros predisponentes al desarrollo de esta patología son la diabetes, traumatismos espinales, insuficiencia renal en diálisis, alcoholismo e inmunodeficiencias.

### Caso reportado.

Historia Clínica: 21267 HCPNP

Paciente: J. F. Z.

Edad: 78 años

Sexo: Masculino

Raza: Mestiza

Grado de Instrucción: Secundaria completa

Fecha de ingreso a UCI: 12-7-03

Religión: Católica

**Ocupación: Suboficial de Policía en retiro.**

Fecha de Historia Clínica: 12-7-03

Enfermedad Actual

Síntomas y Signos:

Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores parestesias.

Dificultad para deambular.

**Relato de la enfermedad actual.** Paciente refiere que inicia su enfermedad tres días después de haber sido sometido a corrección quirúrgica de Hernia Inguinal con malla más hernioplastia umbilical el 18 de junio de 2003, con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, no comprometiéndolo en esos momentos la deambulación, siendo dado de alta aproximadamente una semana después con diagnóstico de "Confirmado más Ciatalgia" con indicaciones de tratamiento domiciliario y por consultorio de dolor. Paciente ingresa al servicio de UCI por persistencia del dolor lumbar más parestesias y dificultad para deambular y bipedestación (12-7-03), hoja de enfermería registra picos febriles entre 38° y 38.7°C vespertinas, entre el 12 y 17 de julio de 2003.

**Funciones biológicas.** Apetito disminuido, dificultad para orinar con tenesmo, sueño disminuido, deposiciones 1 vez por día / normales.

### Antecedentes positivos.

Personales: Sin importancia.

Familiares: Familiares aparentemente sanos.

Patológicos Tabaquismo (+) hace 20 años, Asmático (+).

Quirúrgicos: hernioplastia inguinal 1943 y 1994.

Cura quirúrgica de hernia umbilical más hernia inguinal recidivante con malla el 18 de junio de 2003, recibió anestesia epidural continua en espacios L2L3, análisis pre operatorios no demostraban enfermedad que contraindicara cirugía, evaluación pre anestésica el 16 de junio 2003, sin embargo, las pruebas de laboratorio tenían tiempo prolongado de antigüedad, al faltar sólo dos días para cumplir los tres meses reglamentarios, durante cirugía no se ha reportado complicación alguna.

Los días 27-6-03 y 1-7-03 en consultorio de dolor, fue sometido a bloqueo epidural en consultorio para tratamiento de lumbociatalgia con Anestésico local más corticoide.

## Examen físico.

PA 110/70 FC 88 x' T° 38°C FR 14 x  
Ap. Respiratorio: mv pasa en ACP, sibilantes y roncantes difusos en ACP

Ap. Cardiovascular: RC rítmicos, no soplos, no ruidos agregados

Abdomen: RHA (+), no dolor, cicatrices quirúrgicas normales

Génito Urinario: PPL (-) PRU (-)

Neurológico: Glasgow 15, ROT ++/+++ , Fuerza muscular disminuida en miembros inferiores

Diagnósticos de ingreso a UCI

Lumbociatalgia

Post operado día 24 de Hernioplastia

Inguinal y Umbilical

D/C Aracnoiditis.

## Resultado de exámenes auxiliares.

### Laboratorio Pre quirúrgico:

(17-3-03) Pruebas Hepáticas: BT 0,55mg%, BI 0,40 mg%, TGO 13, TGP 24, PT 7,1, ALB 3,6, FA 66,8; Creat. 0,7mg, BUN 10mg Glucosa 99mg, Hcto 43%; Ex.Co.Orina L 0-2xC; Grupo O+, VDRL (-) HIV(-), Rx Torax: Patología Bronquial Esclerosis.

### Laboratorio Post quirúrgico:

(24-6-03) Ecografía Prostática: HBP Grado I°, lesión focal en zona central de Próstata; (26-6-03) Hemog. L 14,000 a.3% N 87%, (4-7-03) Ex.Comp. Orina Leuc. 20-30xC (8-7-03) L 12-14xC Hematías 30-35xC cristales de Urea 2(+); (13-7-03) Hemog Leuc 20,300xC, N 87%, Ab. 4% , Linf 14% Hb 13.2 gr/dl, Pla. 307,000 xmm<sup>3</sup>, Ex.Comp. Orina Leuc 4-8xC, glucosa 102, BUN 18 mg, Cr 0,7 mg, (16-7-03) Hemog Leuc 16,900, N 89%, Hcto 38%, Plaquetas 339,000 xmm<sup>3</sup>; (17-7-03) VSG 22 mmxhr.(wintrobe); (15-7-03) Fig. 1



Fig. 1  
RMN del 15-Julio-03

RNM Marcada Acentuación de la Curvatura Lumbo Sacra, Espondilodiscitis que compromete el espacio L4L5 más componente inflamatorio Prevertebral y espacio epidural anterior con pequeñas colecciones abscedadas más proceso inflamatorio del espacio epidural que rodea al saco dural extendiéndose hasta L3L4 produciendo marcada estenosis del canal raquídeo con compresión dural; se asocia listesis Grado I L4L5 más espondilosis bilateral, lo que en conjunto produce severa estenosis foraminal bilateral, estenosis parcial de foraminas L2L3 y L3L4 con mayor grado en L5S1; (17-7-03) Set de Brucella Negativo; (20-7-03) Hemograma Leuc 13,300 N 90% Linf 58% Hb 11.4 gr ; TAC lumbosacra 3D: Espóndilo - artrosis degenerativa de columna lumbar más hernia del disco a nivel L4L5; (23-7-03) Gammagrafía Osea Cuerpo entero: Evidencia lesión hipercaptadora (osteoblástica) en L5S1 compatible con proceso Infeccioso o Inflamatorio; (25-7-03) Proteína Bence Jones Negativo; Proteinograma: Albumina 2.56 (3.29-4.7), Alfa 2 18.6 (3.7-13.1); (1-8-03) RMN:



Fig. 2  
RMN 1-Agosto-03

Listesis Anterior de cuerpo L5 Grado 1°, espondilolistesis L4L5 con extensión a articulaciones interapofisiarias, compresión de ambas raíces L4L5 donde se elonga la raíz derecha, moderada estrechez de canal L4L5; (7-8-03) Glucosa 136 Urea 10 creat. 0.5; ExCo Orina Leuc 16 - 18 xC, Antígeno Prostático: No hay reactivo.

Tratamiento recibido en UCI. Antibióticos: Cefepime, Vancomicina, Ciprofloxacino. Otros: Ranitidina, Fenoterol Inhalador, Codeína, Bromuro de Ipratropio, lactulosa, metamizol.

Evolución en UCI. Fiebre remitió a los cinco días de tratamiento antibiótico. Dolor y dificultad para

bipedestación y deambulación persiste pero mejoró levemente el dolor hasta terminado el presente informe, proceso respiratorio mejorado. Fue evaluado por los Servicios de Urología, Neurocirugía y Medicina Interna, no tomándose ninguna decisión quirúrgica sobre el caso, permaneciendo en cama con sonda Foley, orinas seriadas patológicas, dos semanas después es transferido al servicio de Medicina Varones cama N° 18.

## DISCUSIÓN

Los abscesos epidurales son una rara patología cuya incidencia varía de acuerdo a diversos estudios entre 1/10,000 a 1/50,000 intervenciones (3), (4), (6) e inclusive puede llegar en algunas casuísticas a ser tan rara como 1/506,000 en pacientes obstétricas (7). La presentación de esta patología está determinada por múltiples factores como la edad de presentación alrededor de los 60 años en promedio (4). Sin embargo, los niños no están exentos de sufrirla (3). Se puede esperar que la presentación sea espontánea (sin procedimiento quirúrgico) (6) o secundaria a enfermedad acompañada de inmunodeficiencia (5) o a procesos invasivos relacionados a traumatismos, cirugía y anestesia regional; aunque rara vez la anestesia está involucrada en el proceso (7), el uso cada vez más frecuente del catéter epidural para analgesia, especialmente cuando sobrepasa las 96 horas de colocado, puede condicionar la evolución del absceso epidural. Esta enfermedad es potencialmente fatal y de no mediar diagnóstico precoz puede producir daño neurológico irreversible (1).

El caso presentado es un paciente aparentemente sin ningún factor condicionante mencionado anteriormente, a excepción del procedimiento quirúrgico y anestésico al que fue sometido. El paciente no cursó con complicaciones en la herida operatoria y se le colocó catéter epidural siguiendo las normas de higiene y asepsia respectivas, el catéter fue colocado en posición cefálica, entre L2L3 según reporte del anesthesiólogo, para lograr un buen nivel anestésico en región umbilical y así no tener complicaciones de índole vagal durante el procedimiento quirúrgico, luego de dos horas terminada la cirugía fue retirado. En la región lumbar la irrigación está determinada a nivel medular y cola equina por la arteria radicular anterior o arteria de Adamkiewicz, que ingresa al canal vertebral entre T7 y L4 usualmente del lado izquierdo; esta es una de las arterias más impor-

tantes por corresponderle el territorio más amplio de la médula espinal, determinando que el sector lumbar anterior sea más propenso a las lesiones isquémicas (7); los abscesos epidurales tienen por localización más frecuente en el raquis dorso lumbar, principalmente en la porción posterior del canal raquídeo en 80% de casos (3) y los de localización anterior suelen acompañarse de discitis u osteomielitis (4). El paciente reportado presenta, como vemos por resonancia magnética, lesiones tipo espondilodiscitis y listesis grado I, con las lesiones abscedadas en región epidural anterior a nivel L4L5, osea en el lugar menos frecuente de presentación de abscesos epidurales en la región lumbar.

El paciente presenta como principales problemas un compromiso en el canal raquídeo con absceso epidural anterior, una espondilodiscitis, listesis grado I, se le encontró secundariamente Hipertrófia prostática (en estudio) probablemente benigna por las evaluaciones de urología, infección urinaria y un cuadro asmático crónico. En este caso está claro que el procedimiento anestésico podría haber jugado un rol principal, por la presentación clínica (1), pero queda en duda su papel etiopatogénico por el lugar de presentación y su relación a problemas crónicos de columna lumbar, que sí está reportado la asociación en región anterior del espacio epidural con espondilodiscitis y listesis (4), además se sabe que la mayoría de casos son diseminados por vía hematogena de focos sépticos a distancia, pensándose que la infección urinaria podría haber estado presente, sin detectarse en la evaluación pre anestésica, secundaria a una hipertrófia prostática en un paciente totalmente asintomático. No se ha podido determinar el germen causante de los abscesos, pero se sabe que en la mayoría de casos es el *staphylococcus aureus* y que en pacientes inmunodeprimidos se puede encontrar *aspergillus* (2), (3), (4). En estos pacientes el tratamiento de elección es el quirúrgico, pero en el caso reportado se procedió solo a tratamiento conservador con antibióticos específicos antiestafilocócicos, por tener acceso a resonancia magnética de control y evolución favorable, se le consideró mal candidato para cirugía por la larga evolución, mayor de 30 días hasta su hospitalización en UCI, y parálisis por más de tres días de evolución según estudios previos (1). Sin embargo, su pronóstico es reservado por seguir presentando compromiso neurológico en miembros inferiores.

## CONCLUSIONES

Es importante el presente caso por su rareza de presentación durante un procedimiento quirúrgico y anestésico (1), (3), (4), (6), también para tener mayor sospecha clínica y reforzar los estudios pre quirúrgicos en pacientes mayores de 65 años, varones con potencial Hipertrofia de próstata e infección urinaria, que podría convertirse en etiopatogenia de absceso epidural y así poder prevenir la morbi mortalidad que se presentan con la demora diagnóstica de un absceso epidural (1).

Dr. Juan García Chiendi  
 Facultad de Medicina Humana  
 Universidad de San Martín de Porres

## BIBLIOGRAFÍA

1. ROEL, J. E.; FERNÁNDEZ, L.; ABRAHAM, L.; CUESTA, M. C.; BOUZA, G.; BOERO, A.; FALCÓN, J. L.  
 Diagnóstico y tratamiento del absceso epidural Espinal. Medicina. Argentina vol. 58-Nº1; 1999.
2. GIL CRUZ, J. J.; MORÁN, F; CHOY R.  
 Absceso epidural e hiperostosis del seno frontal. Rev. Cubana Med Milit; 31(2):140-4. 2002.
3. BAKER, A. S.; OJEMANN, R. G.; SWARTZ, M. N. y col.  
 Spinal epidural abscess. N Engl J Med: 293. 463-468. 1975.
4. DANNER, R. L.; HARTMAN, B. J.  
 Update on spinal epidural abscess: 35 cases and review of the literature. Rev. Infect Dis; 9, 265-274. 1987.
5. SOLAZAR CARVAJAL B.; FREYRE VELOZ, C.; BURGOS MACÍAS, O.; Vera Vera.  
 Absceso epidural espinal. Presentación de un caso. Revista Colegio Médico del Guayas, Ecuador; 2000.
6. VÁSQUEZ, A.; PORTILLO, E.; GURIDI, J.; GALLO-RUIZ, A.; AZCONA, J.; ZAZPE, I.; OLIER, J.  
 Absceso epidural espinal. Presentación de un caso Clínico. Anales-España-Pamplona- Abril 2000.
7. SÉLLER, A. R.; SÉLLER, M.; Ragaller, T. KOCH.  
 Caso Reportado: Epidural Abscess after epidural catheter for plain release during pancreatitis. Acta Anestesiologica Scandinava; 44, 1024-1027.
8. WIKINSKI, J. A.; BOLLINI, C.  
 Complicaciones neurológicas de la anestesia regional periférica y central. Ed. Panamericana, Buenos Aires, Argentina; 1999.
9. SCAVUZZO, H. G.; WIKINSKI, J.  
 Analgesia epidural en el parto. Buenos Aires, Argentina; 2000.