

GOU.C.

EMPIEMA EPIDURAL
RELATO DE UM CASO

GERALDO DA SILVA
HAMILTON APPEL
SILVIO JORGE FILHO

I. INTRODUÇÃO

Desde os relatos de Brower e Meyer (1937) relacionando duzentos e dez casos e de Grant com 69 casos entre 1937 a 1945 pouco tem-se encontrado na literatura a respeito dessa rara porém importante patologia.

O empiema epidural é um tipo raro de infecção -1/20 da frequência de meningite bacteriana no serviço de Phillip R. Dodge e consiste em coleções purulentas ou granulomatosas contidas no espaço epidural raquiano e subjacentes ou circundantes a medula espinhal, raízes e nervos raquianos.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso desse tipo de infecção diagnosticada e tratada em janeiro de 1976, pelos serviços de Pneumologia e Neurocirurgia do Hospital de Caridade.

II. RESUMO

Os autores relatam um caso de Empiema Epidural acompanhado de abscesso pulmonar, secundários a uma stafilococia, comparando com aspectos clínicos e radiológicos encontrados na literatura.

Salientam ainda os autores a excelente recuperação do paciente, graças a precisão diagnóstica e a precocidade do tratamento

III. MÉTODO

RELATO DE UM CASO

R. M., 19 a., branco, solteiro, escriturário, natural de Araranguá, é internado no Serviço de Neurocirurgia do H.C. dia 05/01/76 com a seguinte história:

Em 07/12/75 foi acometido de dor lombar enquanto trabalhava. Nos dias seguintes os episódios de lombalgia se repetiram com acentuação progressiva em número e intensidade, adquirindo caráter intermitente.

Procurou recursos médicos em Araranguá onde foi medicado sintomaticamente.

Em 14/12/75 apresentou febre, calafrios, dispneia, acompanhado de dor torácica; este quadro se repetiu com o passar dos dias.

No dia 17/12/75 cessaram os calafrios, com nitida acentuação da dor lombar, sendo que novamente procurou recursos médicos e a noite do mesmo dia passou a apresentar parestesias nos membros inferiores (do joelho para baixo)

Na madrugada de 18/12 notou franca limitação das funções motoras de MMII; impossibilitando a deambulação normal do paciente.

Pela manhã do mesmo dia (18/12) não movia mais as pernas, referindo parestesia da cicatriz umbilical para baixo e incontinência esfinteriana. Frente a esta situação o paciente foi internado em Criciúma, onde foi realizado punção lombar e mielografia.

No exame físico apresentou ferimento infectado em halux de pé esquerdo Temp=39,2°C.

No exame neurológico o paciente apresentava paraplegia crural hipotônica, arreflexia de MMII, anestesia e alteração de sensibilidade profunda com nível em D10. Reflexo cutâneo abdominal inferior e cremastérico abolidos.

Achados Laboratoriais: Em 07/01/76

* Hb = 12 gr/dl * Ht = 40%,

* Hematimetria = 4.240.000

* Leucocimetria = 9.400, com 82% de Neutrofilos e 16% de linfocitos.

* Parcial de urina: densidade = 1012 , PH= 7,5

Proteinas = ++++

Sedimento = poucas celulas epiteliais, raros leucócitos, raras hemácias, numerosas bacterias e muitos cristais de fosfato amoniaco magnesianos.

Em 16/01/77

SGOT = 16 mU/ml Glócase = 101 mg/dl

SGPT = 23mU/ml Ureia = 24 mg/dl

FAC = 0,1 U BOOD Creat = 0,68 mg/dl

Hematimetria = 3.680.000; Hb = 10,6 gr/dl; Ht = 35%;

Leucometria = 9.600 com 90% de neutrofilos e 10 % de linfocitos. Mesmo percorrendo a lamina não foram encontrados eosinofilos. VHS = 109 mm na 1ª hora

115 mm na 2ª hora

Parcial de urina: dens. = 1015; PH = 7,5; Prot. = vestigies;

Sed. = poucas celulas epiteliais, muitos leucocitos, raras hemacias, muitas bacterias e grande quantidade de fosfatos amorfos.

Eletroforese de proteina: Hipoalbuminemia discreta

Hipergamaglobulinemia

Exames Radiológicos

Em 06/01/76 foi solicitado Rx simples de torax que evidenciou imagem de aspecto cístico, de contornos (internos e externos) nitidos no terço superior do hemitorax D. Aspecto compátivel com nódulo pulmonar escavado localizado no LSD.

Múltiplas opacidades homogêneas de limites imprecisos, espaços no terço superior e inferior de ambos os hemitorax com aspectos de consolidações pulmonares inflamatórias.

Alargamento da linha espinhal esquerda provavelmente determinada por massa paravertebral. (Fig. 1A, 1B, 1C)



Fig. 1 A



Fig. 1 B

Fig. 1A e 1B: Note-se: imagem de aspecto cístico compátivel com nódulo pulmonar escavado localizado no LSD - " abscesso pulmonar ".

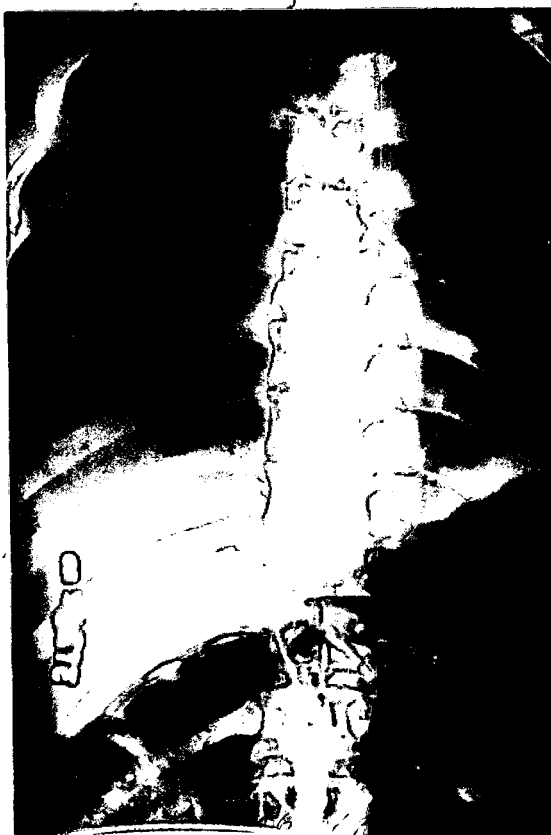


Fig. 1 C

Fig. 1 C - Note-se: opacidade paravertebral determinada por empiema pleural encistado.

Em 13/01/77 foi realizado mielografia que evidenciou um " stop " da coluna de contraste ao nível de T 11 - T 12, caracterizando um processo expansivo epidural (Fig. 2 A e B)

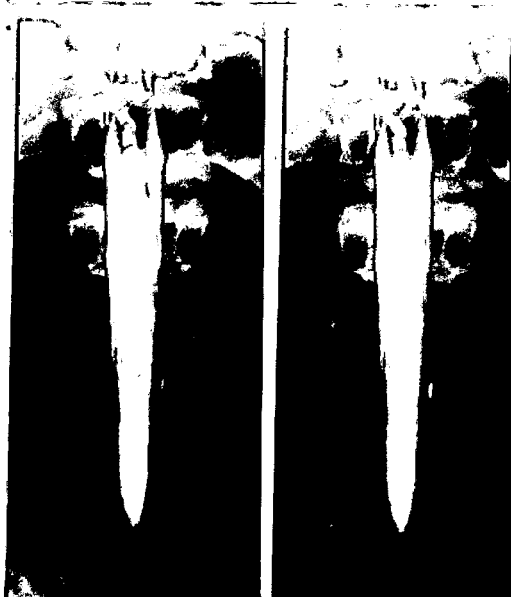


Fig. 2 A

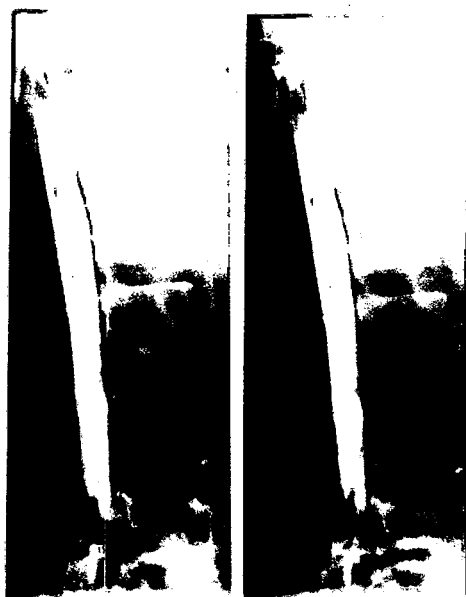


FIG. 2 B

Cirurgia (19/01/76)

Através de laminectomia toracolombar (L 1 - D 6) realiza-se ressecção de tecido granulação extradural com áreas císticas com material purulento. Esse material que envolvia o estojo dural em forma de manguito extendia-se de D 7 até D 12. Deixa-se sonda de nilaton na cavidade que é banhada diariamente com solução de cefalosporina.

Resultado do Exame Anatomo-Patológico (20/01/76)

Macroscópia: Porções de tecido acinzentado medindo o maior 4 cm com áreas friáveis.

Microscopia: O exame histológico do material enviado revela agrupamentos de histiócitos epitelioides, sem necrose caseosa, infiltrado linfoplasmocitário e focos de supuração.

DIAGNÓSTICO: Processo Inflamatório Crônico Granulomatoso Supurado.

Na cultura da secreção purulenta peridural foram isolados cocos Gran + do gênero Estafilococos (S. Aureus) coagulase positivo.

Evolução Pós-Operatória

Observa-se melhora lentamente progressiva dos deficits motores e sensitivos de modo que aos 60^{os} dias de pós-operatório já deambulava sem apoio.

Apresentava ao exame neurológico paraparesia crural espástica sem deficit sensitivo e sem disturbio esfinteriano. Realiza-se posteriormente fisioterapia e em follow up tardio (1 ano após) apresenta exame neurológico normal.

IV. DISCUSSÃO

As infecções epidurais se localizam geralmente na parte dorsal do conduto vertebral e pode estender-se em certo grau, em sentido lateral. Isto reside no fato de que o espaço epidural entre a duramater e o periosteo é mais amplo nessa região. Anatomicamente a duramater está disposta de tal forma que sua parte ventral se acha muito próxima aos corpos vertebrais e aos discos intervertebrais, contribuindo para que o espaço epidural seja bastante estreito pela frente. O espaço epidural é mais amplo nas regiões dorsal e lombar. No interior do espaço existe uma capa de tecido conjuntivo e plexos venosos. É no interior deste tecido adiposo e areolar frouxo onde se produz a infecção. Tais processos infecciosos podem ser agudos, subagudos ou crônicos.

A causa mais frequente é a formação de abscessos metastáticos secundários a uma infecção estafilocócica em qualquer parte do organismo. Segundo Grant (1945) a presença de pus livre no espaço epidural sem tecido de granulação sobre a duramater constitui a fase aguda de um abscesso epidural. Se por sua vez existir pus livre e granulações sobre a duramater se considera o processo como subagudo, e se existir uma massa fibrosa epidural sólida sem uma evidência macroscópica definida de formação de um abscesso se considera como de natureza crônica. Nos casos não diagnosticados o pus pode penetrar através dos músculos paravertebrais, assim como no espaço epidural (Echals, 1941).

Browder e Meyers (1937, 1941), consideram que todas essas infecções são precedidas por uma osteomielite vertebral, e que a propagação da infecção se propaga das estruturas ósseas para o espaço epidural. Rankin e Flotow (1946) comentaram que as infecções epidurais quase não se produzem a partir das leptomeningites que perfuram a duramater. Raney (1939) descreveu três casos de abscesso epidural pneumocócico associado com pneumonia. Rangell e Glasman (1945) descreveu um caso que acreditava pertencer a primeira destas variedades, na qual se produziu o abscesso vertebral agudo depois de uma punção lombar diagnosticada, no espaço de três dias. Negrin e Clark (1952) salientaram também que as infecções piogênicas podem produzir-se por contaminações diretas do espaço subdural por uma punção espinal ou caudal.

Em qualquer de ambos os casos se requer a intervenção cirúrgica para o desague do conteúdo purulento. Outra rota para infecção epidural é a dos quistos dermóides congênitos. Tais casos foram descritos por Walker e Bucy (1934)

Os abscessos epidurais podem associar-se também com infecções estreptocócicas e segundo Krumdieck e Stevenson (1940) com actinomicoses, assim como o bacilo tífico e o piociano se tem descrito casos isolados.

O quadro clínico das infecções epidurais varia segundo o grau de compressão da medula espinhal, assim como segundo o grau de toxidade produzido pelo processo. Nos casos agudos, se produz uma rápida progressão da dor e da paralisia abaixo do nível da afecção junto com sensibilidade local e febre. No espaço de uma semana depois do início da dor podem aparecer transtornos esfínterianos e debilidade motora, a dor pode acentuar-se por qualquer movimento e se associa-se com rigidez de nuca, sinal de Kerning positivo e espasmos muscular. Nos casos sub-agudos e crônicos, os sintomas podem ser de progressão mais lenta e o efeito total pode simular um tumor intravertebral.

Em regra geral não são úteis as radiografias simples da coluna vertebral. No entanto em todos os casos suspeitos de uma infecção epidural deve realizar-se um estudo muito cuidadoso das estruturas vertebrais para elucidar-se alguma solução de continuidade óssea que oriente para uma osteomielite. Em tais casos, são úteis as estereoradiografias. e nos casos duvidosos deve ser feito a tomografia para uma detalhada visualização dos corpos vertebrais e dos arcos neurais. Não se deve deixar de fazer nunca a mielografia nos pacientes com suspeita de abscessos epidural, particularmente na variedade aguda. Nestes casos a mielografia pode evidenciar um bloqueio completo ao nível da lesão e se por um acaso se observar um defeito de relevo, pode estar indicada a intervenção cirúrgica.

Freedman e Alpers (1948) observaram que raramente se mencionava na literatura a formação de abscesso sub-durais. Analisando dois casos com sinais e sintomas característicos de um abscesso intra-espinhal, isto é, dor nas costas, que se apresenta em todo processo inflamatório agudo, seguido por sinais de afecção progressiva

da medula espinhal e acompanhado de bloqueio subaracnoideo. Em seus dois casos não existia evidencia de inflamação extradural nem de deformidade da medula. A duramater estava engrossada e infiltrada com celulas inflamatórias, com formação de abscessos subdurais. Em um caso, a inflamação se propagou da região cervical até a cauda eqüina.

Os autores fizeram ver que é provavelmente impossível a diferenciação pré-operatória dos abscessos espinhais extradurais e subdurais, observação corroborada posteriormente por Negrin e Clark (1952)

V. CONCLUSÃO

1. O tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico, porém neste caso foi protelado por cinco dias pois o paciente apresentava período de melhora do quadro neurológico.

2. Mesmo que tenha sido detectado com certeza o agente infeccioso, não foi possível determinar se o foco de disseminação para o canal raquiano foi a ferida infectada em halux esq. , ou em empiema pleural que formava uma massa paravertebral tão bem visível radiologicamente.

3. Discordando da maioria dos autores nesse caso não havia osteomielite vertebral precedendo o quadro de empiema epidural.

4. Apesar da lombalgia e a parestesia terem se arrasbado por varios dias, o quadro neurológico de paraparesia seguido de paraplegia se instalou abruptamente, em horas. Característica importante no empiema epidural.

5. Em toda a literatura consultada não foi encontrado nenhum caso de empiema epidural concomitante a uma pneumonia stafilococica.

6. É uma patologia rara, sendo o *Stafilococcus Aureus* o agente etiológico mais frequente.

VI. ABSTRATS

An epidural abcess associated with a lung one due to Staphylococcal infection is discribed by the authors that make comparisions with the clinical and radiological findings in the literature.

They stressed the good patient recovery duet to the right diagnose and early treatment.

VII. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - DAVIS, Loyal & DAVIS, Richard A. Neurocirurgia. Mexico, Interamericana, 1965. 218 p.
- 2 - DI TULLIO, M. V., Jr. Intramedullary spinal abcess: Surgical Neurology, A case report with a review of 53 Previously described cases. 2(6):351, jun. 1977.
- 3 - EPSTEIN, B. S. Afecciones de la Columna vertebral y de medula Espinal. Barcelona, Ed. Jims, 1965. 580 p.
- 4 - FERGUSON, J. F. & KIRSCH, W. M. Epidural empyema Following thoracic extradural. Journal of Neurosurgery, (41): 762-4, 1974.
- 5 - GRANT, F. C. Epidural spinal abcess. JAMA, (128):509-512, 1945.
- 6 - HULME, A & DOTT, N.M. Spinal epidural abscess. British Medical Journal, (1): 64-8, 1954.
- 7 - MERRIT, H.H. Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. p. 26
- 8 - REINA, A. Tuberculous Epidural granuloma Simulating a Herniated Lumbar DISC. Surgical Neurology. 5(3):336, sept. 1975.

TCC
UFSC
CC
0060

N.Cham. TCC UFSC CC 0060
Autor: Silva, Geraldo da
Título: Empiema epidural : relato de um



972814041

Ac. 252896

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM