



1483 - TRATAMIENTO INICIAL MÉDICO VERSUS QUIRÚRGICO EN LOS ABSCESES EPIDURALES ESPINALES: ANÁLISIS DE COHORTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María García de Santos, Claudia Iglesias Encinas, Patricia González Merino, Elena Muñoz Rubio, Andrea Gutiérrez Villanueva, Ana Fernández Cruz, Antonio Ramos Martínez y Jorge Calderón Parra

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Los abscesos epidurales espinales (AEE) representan es una infección grave, con importantes repercusiones en morbilidad y mortalidad. A pesar de ello, no está claro el mejor esquema terapéutico (médico vs. quirúrgico) en estos pacientes. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias pronósticas entre pacientes tratados inicialmente de forma agresiva versus conservadora.

Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de todos los pacientes con AEE en un hospital de tercer nivel entre enero 2009 a octubre 2022. Se definió tratamiento quirúrgico tanto a la cirugía abierta como al drenaje mediante radiología intervencionista. Dentro del tratamiento médico, se definió fracaso como empeoramiento neurológico, radiológico, del dolor y/o persistencia de fiebre. Se cuantificó la afectación motora mediante la escala ASIA motor-score (ASIAMS), en un rango de 100 (ninguna afectación) a 0 (tetraplejía completa).

Resultados: Se incluyeron un total de 76 pacientes con AEE, mediana de edad 67 años (RIQ 57-76), siendo 35,5% (n = 27) mujeres. 17 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico inicial (22,4%), mientras 59 (77,6%) recibieron tratamiento médico exclusivo. De estos últimos, el 42,4% (n = 25/59) fracasaron a tratamiento médico y el 27,1% (n = 16/59) precisaron alguna intervención quirúrgica tras un tratamiento médico inicial. Los principales motivos de fracaso fueron: empeoramiento radiológico (n = 14), del dolor (n = 13) y neurológico (n = 7). Comparando los grupos quirúrgico vs. médico, no hubo diferencias en edad ni comorbilidades basales, salvo mayor prevalencia de ictus previo en el grupo quirúrgico (35,3 vs. 6,8%, p = 0,007). Los pacientes intervenidos tenían más frecuentemente afectación espinal (23,5 vs. 3,4%, p = 0,042), sin diferencias en afectación dorsal (35,3 vs. 47,5%) ni lumbar (41,2 vs. 49,2%). No hubo diferencias en la presentación clínica entre ambos grupos, aunque hubo tendencia a mayor afectación motora (29,4 vs. 13,6%, p = 0,178) y urinaria (23,5 vs. 6,8%, p = 0,069) en pacientes intervenidos. Respecto al pronóstico, no hubo diferencias en mortalidad hospitalaria, mortalidad atribuible ni secuelas neurológicas al alta en pacientes intervenidos y no intervenidos inicialmente (5,9 vs. 11,9%, p = 0,675; 5,9 vs. 6,8%, p = 1,000; y 31,3 vs. 19,2%, p = 0,319, respectivamente). Sin embargo, los pacientes que fracasaron a tratamiento médico presentaron mayor mortalidad (20,0 vs. 5,9%, p = 0,097), mortalidad atribuible (16,0 vs. 0%, p = 0,038) y mayor prevalencia de secuelas neurológicas al alta (25,0 vs. 6,3%, p = 0,013) y al seguimiento (27,8 vs. 3,2%, p = 0,024) que los pacientes sin fracaso. El ASIAMS al alta y al seguimiento fueron menores en los pacientes con fracaso a tratamiento médico (87 (desviación estándar (DE) 30); y 79 (DE 40,7)) que en pacientes quirúrgicos inicialmente (92,6 (DE 26,7), p = 0,035; y 92,1 (DE 27,7), p = 0,059). Como factores asociados a fracaso de tratamiento médico se identificaron: diabetes mellitus (32,0 vs. 8,8%, p = 0,040),

etiología *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente (28,0 vs. 0%, $p = 0,001$), velocidad de sedimentación mayor de 75mm (66,7 vs. 31,0%, $p = 0,021$), y afectación epidural anterior (91,3 vs. 60,6%, $p = 0,014$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, el tratamiento inicial médico de los AEE se asoció a una alta tasa de fracasos, lo que conllevó mayor morbimortalidad. Se debiera valorar tratamiento quirúrgico inicial especialmente en aquellos con mayor riesgo de fracaso a tratamiento médico.