

# ABSCESSO SUBDURAL AO NÍVEL DA CAUDA EQUINA

## RELATO DE UM CASO

ANTONIO CESAR G. BORGES \*  
RODINEI R. FESTUGATO

Os abscessos intrarraqueanos são raros e, quando ocorrem, se localizam preferencialmente na região torácica ou lombar da coluna vertebral<sup>1</sup>. Depois do primeiro paciente descrito por Hart em 1830 e do primeiro submetido a tratamento cirúrgico por Cavazzani em 1899, outros casos tem sido registrados na literatura médica<sup>2,3</sup>. O abscesso subdural ao nível da cauda equina é uma condição pouco comum que pode ser tratada com antibióticos e cirurgia com bons resultados. O seguinte relato ilustra este fato.

## OBSERVAÇÃO

B. J. K. R. (Reg. nº 013434), sexo masculino, branco, com 42 anos de idade foi internado no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência em 17-6-75. Dois meses antes da admissão sentiu dor constante na região glútea direita que desapareceu em 15 dias, seguindo-se episódios de cefaléia occipital e diplopia. Alguns dias após, começou a apresentar diminuição de força nos membros inferiores e, três dias antes do internamento, não conseguia manter-se de pé. Não haviam queixas motoras ou sensitivas nos membros superiores. As funções esfinterianas e sexuais estavam preservadas. Não havia história de febre ou infecção prévia.

*Exame neurológico* — Paraplegia flácida, hipotrofia muscular na coxa e perna esquerdas. Reflexos osteotendinosos ausentes nos membros inferiores. Reflexo cutâneo-plantar ausente em ambos os lados. Leve diminuição de sensibilidade dolorosa em algumas áreas da coxa esquerda, sem distribuição radicular. Ausência de alterações sensitivas no períneo. *Exames complementares* — Sangue: leucocitose e desvio para a esquerda, velocidade de hemossedimentação 120 mm. na primeira hora, 3.200.000 hemácias por mm<sup>3</sup>, 10% de hemoglobina e 29% de hematócrito. Radiografias da coluna tóracolombar normais. Mielografia revelou bloqueio completo da coluna de contraste (Lipiodol) ao nível da 5ª vértebra lombar, com irregularidades laterais e deslocamento posterior da cauda equina (Fig. 1). O líquido cefalorraqueano colhido no espaço L2-L3 era límpido, contendo 2 leucócitos (97% de linfócitos, 3% de neutrófilos), 26 mg% de proteínas, 48 mg% de glicose e 718 mg% de cloretos.

*Intervenção cirúrgica* — Laminectomia de L3 a S1 sob anestesia geral. Os processos espinhosos eram normais, porém as lâminas de L4, L5 e S1 eram finas. A duramater era tensa e não pulsátil. Foram aspirados 15 ml de pus e aberta a duramater. As raízes da cauda equina estavam afastadas umas das outras e fortemente aderidas às meninges espessadas. As raízes foram cuidadosamente liberadas e a duramater não foi suturada. O restante da ferida operatória foi fechada por planos, deixando um tubo de polietileno na cavidade, através do qual foram injetadas soluções de penicilina

---

\* Professor Assistente de Neurologia na Faculdade de Medicina de Pelotas, RS.

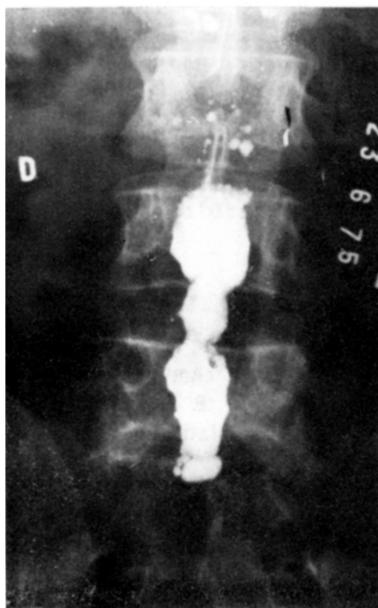


Fig. 1 — Mielografia mostrando bloqueio ao nível da quinta vértebra lombar.

para tratamento da área infectada. Imediatamente após a cirurgia, foi aplicado o seguinte esquema de antibióticos durante 30 dias, por via endovenosa: ampicilina 6 g. por dia, meticilina sódica 6 g. por dia, gentamicina 240 mg (via intramuscular) por dia. A cultura revelou *Staphylococcus aureus*. Pós-operatório — Dois meses após a cirurgia, o paciente caminhava sem ajuda, seu estado geral era excelente e havia aumentado 6 kg. em seu peso. Os reflexos osteotendinosos permaneciam abolidos nos membros inferiores, reflexo cutaneoplantar em flexão bilateral e não mostrava alterações sensitivas nos membros inferiores.

#### COMENTÁRIOS

Geralmente a compressão da cauda equina é devida a neoplasias, mas tecido adiposo em casos de espinha bífida oculta, aracnoidite crônica ou espondilolistese podem também causar lesão radicular<sup>4</sup>. Na maioria dos casos, o primeiro sintoma é dor na região lombar ou sacra e muitas vezes a dor é radicular. Além disso, as alterações das raízes de L3 a S5 causam paralisia flácida e hipoestesia ou anestesia nos membros inferiores e perineo (distribuição em sela) e com frequência existe retenção urinária e constipação. As infecções que acometem o canal vertebral devem ser acrescentadas às causas de compressão da cauda equina citadas acima.

Os germes patogênicos podem formar coleção purulenta no espaço epidural, subdural ou no interior da medula espinhal. Podem penetrar nesta região através de traumatismo, cistos dermóides infectados ou por disseminação hematogênica<sup>5,6</sup>. Entretanto, a coleção purulenta limitada por cápsula espessa, separando as raízes espinhais é uma complicação pouco comum. Estafilococos,

estreptococos, pneumococos, actinomicos e coli-bacilos tem sido encontrados nos abscessos intrarraqueanos<sup>1,7</sup>. Em nosso caso de abscesso estafilocócico da cauda equina, a história de cefaléia e diplopia poderia sugerir comprometimento intracraniano anterior ao acometimento espinhal. Salientamos as pequenas alterações sensitivas e a falta de distúrbios esfinterianos, que seriam dados importantes no diagnóstico da síndrome da cauda equina. A disposição anatômica das raízes da cauda equina, a possibilidade de manuseio destas estruturas com menor risco do que a medula são fatores importantes para o restabelecimento das funções nervosas após a cirurgia e antibioticoterapia.

#### RESUMO

É relatada a observação de um paciente de 42 anos, com paraplegia flácida devida a abscesso subdural ao nível da cauda equina. É realçada a pobreza de alterações sensitivas e esfinterianas neste caso e enfatizada a importância da cirurgia para obtenção de bons resultados.

#### SUMMARY

##### *Subdural abscess at cauda equina level: a case report.*

A case of staphylococcal subdural abscess at cauda equina level region in a 42 year old male patient is reported. The neurological signs presented in this condition are discussed briefly and it is pointed out the importance of laminectomy associated to antibiotic treatment to achieve good outcome.

#### REFERÊNCIAS

1. FOLEY, J. Intramedullary abscess of the spinal cord. *Lancet* 2:193, 1949.
2. HART, J. A. — A case of encysted abscess of the centre of the spinal cord. *Dublin Hosp. Rep.* 5:522, 1830.
3. CAVAZZANI, G. — Abscesso centrale traumatico del midollo spinale operato e guarito. *Riv. Sci. med.* 30:481, 1899.
4. BRAIN, R. & WALTON, J. N. — *Brain's Diseases of Nervous System*. Ed 7, Oxford University Press, 1969, pp 652-653.
5. EL GINDI, S. & FAIRBURN, B. — Intramedullary spinal abscess as a complication of a congenital dermal sinus: case report. *J. Neurosurg.* 30:494, 1969.
6. WRIGHT, R. L. — Intramedullary spinal cord abscess: report of a case secondary to stab wound with good recovery following operation. *J. Neurosurg.* 23:208, 1965.
7. WALKER, R. M. & DYKE, S. C. — Abscess of the spinal cord. *Lancet* 1:1413, 1936.
8. AMELI, N. A case of intramedullary spinal abscess. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 17:303, 1954.