

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**CONSECUENCIAS DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL SENO DÉRMICO  
ESPINAL CONGÉNITO. ABSCESO EPIDURAL: REPORTE DE CASO**

**AUTOR: SÁNCHEZ GUTIERREZ, PAÚL WILSON**

**ASESOR: ZAVALETA MEDINA, SEGUNDO LUIS**

**Trujillo – Perú**

**2020**

## **TÍTULO**

**Consecuencias del diagnóstico tardío del seno dérmico espinal congénito. absceso epidural: reporte de caso.**

## **AUTORES**

Zavaleta-Medina Luis<sup>1</sup>, PW Sanchez G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico Pediatra. Hospital Especializado Víctor Lazarte Echegaray, Prol. Unión 1375, Trujillo 13006, Perú. Profesor de Pediatría de la Universidad Privada Antenor Orrego, Av. América Sur 3145, Trujillo 13008, Perú. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2995-3433>.

<sup>2</sup>Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. Av. América Sur 3145, Trujillo 13008, Perú. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7233-3176>.

Servicio de Pediatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Prol. Unión 1375, Trujillo 13006, Perú.

Dr. Segundo Luis Zavaleta Medina; Dirección: Av. Sánchez Carrión 988 - Trujillo 13006, La Libertad, Perú; Teléfono: + 51-948500129; e-mail: luzavaleta@hotmail.com - paul13\_6@hotmail.com

## **RESUMEN**

El seno dérmico es una patología poco frecuente, con una incidencia de 1 por cada 2500 nacidos vivos con complicaciones neurológicas lamentables como lo es el absceso epidural. El diagnóstico oportuno con un meticuloso examen físico a los recién nacidos ayudado con los estudios por imágenes, como ecografía y resonancia magnética, además del tratamiento médico-quirúrgico del seno dérmico previenen neuroinfecciones y secuelas graves. Este es el caso de un lactante de 13 meses que desarrolló un absceso epidural toracolumbarsacro debido a un seno dérmico espinal congénito. Recibió tratamiento médico y neuroquirúrgico, y presentó hidrocefalia como secuela.

**Palabras Clave:** Espina bífida oculta; seno dérmico; absceso epidural; complicaciones y prevención.

## ANTECEDENTES

El seno dérmico espinal congénito viene a ser una inusual presentación de disrafismo espinal oculto, con una frecuencia estimada de 1 por 2500 nacidos vivos, su origen es atribuido al fallo en la separación del neuroectodermo y ectodermo cutáneo durante la fase de regresión caudal en la etapa embrionaria (1,2).

Estos senos dérmicos (SD) son trechos tapizados de epitelio plano que pueden estar dispuestos a lo largo de todo el eje neural, con más frecuencia, en un 45%, en la región lumbar y lumbosacra; estos tractos comienzan desde la superficie de la piel alcanzo diferentes niveles de profundidad en los tejidos subcutáneos pudiendo llegar hasta el canal espinal (1,2).

Las presentaciones clínicas pueden partir desde pacientes asintomáticos hasta SD secretores con eritema e induración local, y complicarse con meningitis aséptica o séptica recurrente o trastorno neurológico (1,3).

Así, en un reporte de Seromenho-Santos A y cols. (4), describen a una paciente a término que al nacer presentó un apéndice en la piel de la región lumbar con examen neurológico normal; en cuya resonancia magnética se aprecia un SD continuo con un apéndice de la piel con extensión hacia el canal espinal. Debido al riesgo de infección, se realizó una cirugía al tercer día de vida, con seguimiento al año, donde la paciente tuvo un examen neurológico adecuado.

En otro reporte, donde Puerta Roldán P. y cols. (5), describen a un niño de 24 meses que presentó fiebre, imposibilidad para deambular y retención urinaria de 72 horas de evolución, al examen físico se halla una concavidad puntual dérmica lumbar añadido a hipertrichosis, paraparesia y abolición de reflejo anal. La resonancia magnética lumbar reveló un extenso absceso epidural desde D1-S4 y un SD espinal acompañado a un quiste dermoide intradural; es manejado con cirugía y antibioticoterapia con evolución clínica-radiológica favorable.

Es por esto, que el diagnóstico temprano con un adecuado examen físico al recién nacido y tratamiento médico-quirúrgico oportuno del SD pueden prevenir que el paciente adolezca más adelante infecciones que dejen graves secuelas neurológicas o peor aún, llevarlo al deceso.

## **CASO CLÍNICO.**

### **Información del paciente.**

Lactante varón de 13 meses de edad, mestizo. Nacido de parto eutócico en Hospital Regional Docente de Trujillo, con edad gestacional de 41 semanas, peso 3910 gramos y talla 53 centímetros. Presentó ictericia neonatal y recibió fototerapia por 5 días. Recibió lactancia mixta desde el nacimiento e inició alimentación complementaria a los 6 meses. Tiene calendario vacunal completo para la edad y su desarrollo psicomotor es normal. Alérgico a cotrimoxazol. No hubo referencia de paciente o en historia clínica acerca del seno dérmico diagnosticado al nacimiento.

### **Cronología de eventos.**

A los 13 meses 5 días de vida, paciente es llevado a su centro de salud por presentar diarrea de características infecciosas asociada a fiebre y vómitos, acude a hospital de su localidad donde es ingresado para tratamiento por presunto diagnóstico de gastroenterocolitis aguda y le inician tratamiento endovenoso con ceftriaxona.

3 días después, continúa con fiebre intermitente, asociada a irritabilidad e hipoactividad. Al examen físico se evidencia masa subcutánea de 2 cm de diámetro aproximadamente con mechón de pelos en región lumbosacra.

Al día siguiente, se evidencia rigidez de nuca y signos meníngeos. Por lo que deciden realizar punción lumbar, la cual fue fallida. Se añade al tratamiento vancomicina, debido a la fuerte sospecha de meningoencefalitis bacteriana.

3 días más tarde, no hay mejoría y es referido a un hospital de mayor complejidad para estudio. Intentan realizar punción lumbar en 2 oportunidades, una en emergencia y otra en sala de operaciones, ambas fallidas. Le realizan tomografía cerebral, la cual no evidencia cambios y resonancia magnética sin contraste de médula espinal, que evidencia dos imágenes fusiformes sugestivas de abscesos intrarraquídeos, se observó duplicidad del cordón medular y anclaje de esta compatible con diastematomelia. Además, presentó un

defecto por donde protruía un seno dérmico. En ausencia de neurocirujano, es referido a nuestro nosocomio. Se rota ceftriaxona por meropenem.

El día de ingreso a nuestro hospital, con 13 meses 15 días de edad, lactante tiene paraparesia en miembros inferiores, reflejo rotuliano derecho disminuido e izquierdo abolido, además ptosis palpebral izquierda y miosis izquierda, cuadro compatible con Síndrome de Horner. En la región lumbosacra, presencia de orificio externo de seno dérmico con secreción purulenta de escasa cantidad y ligeramente maloliente (Figura 1).

### **Evaluación diagnóstica.**

En nuestro centro, se le realiza resonancia magnética con contraste de la médula espinal que muestra imágenes de alta señal que se extiende a nivel de D5-D10 y L1-S1, que tras la administración de contraste muestra realce intenso sugestivo de absceso intrarraquídeo (Figura 2). A su vez se le realiza un cultivo y antibiograma del exudado del seno dérmico, hallando como resultado *Proteus mirabilis*.

### **Intervención terapéutica.**

Se continúa tratamiento con meropenem y vancomicina por 10 días.

### **Seguimiento y resultados.**

El paciente continúa con cuadro no evolutivo de paraparesia de miembros inferiores y presenta episodio convulsivo por lo que es referido a hospital de mayor capacidad resolutive en el área neuroquirúrgica. Allí se continuó tratamiento médico por 30 días quedando como secuela hidrocefalia, le colocan válvula de derivación ventriculoperitoneal. Dado de alta, es evaluado en emergencia de nuestro hospital donde se evalúan la función motora y sensitiva de miembros inferiores como normales.

## **DISCUSIÓN.**

El SD al ser una patología bastante rara de encontrar, su prevalencia real es incierta (6), sin embargo, su correcta identificación es importante, ya que podría ser foco de ingreso infeccioso mortal o con serias consecuencias en la calidad de vida del paciente, como en este caso; a la par, es importante el tratamiento temprano que implica manejo quirúrgico.

El SD es un defecto del tubo neural más frecuente en la región lumbar o lumbosacra, observándose también que, en la región torácica y cervical se presentan en un 10% y 1% respectivamente (2,7). Por otro lado, dentro de su diagnóstico diferencial principal se encuentra el hoyuelo coccígeo benigno, que en promedio afecta al 4% de los recién nacidos (6), también puede estar asociado a otras patologías cutáneas, como hemangiomas o mechones peludos (8).

El uso de ecografía es el método más simple para poder, en un principio, identificar dicha patología, aunque el estudio por imágenes de elección es la resonancia magnética (1).

En el presente caso, el hoyuelo del SD estaba ubicado en la región lumbosacra, el cual no se diagnosticó oportunamente; a los 13 meses 15 días de vida, paciente es llevado al hospital por un cuadro diarreico asociado a fiebre y vómitos, posteriormente aparecen signos meníngeos que tras la toma de una resonancia magnética se evidencia como foco principal un absceso intrarraquídeo asociado al SD, cuadro que deja como secuela una hidrocefalia.

El tracto del SD significa un potencial acceso para el ingreso de microorganismos que pueden generar infecciones como meningitis o abscesos, formación de dermoides intraespinales o el anclaje de la médula espinal, provocando daño neurológico (9). El tratamiento definitivo será el drenaje a través de mielotomía, de los cuales el 20% de pacientes recuperan completamente la función neurológica perdida (1,10).

## **CONCLUSIÓN.**

El diagnóstico oportuno de un seno dérmico previene graves lesiones del sistema nervioso central, ya sea por exploración directa al examen físico o con resonancia magnética. Ante la duda de un hoyuelo atípico en la piel de un infante se puede elegir a la ecografía como método diagnóstico inicial y económico, con ello el tratamiento farmacológico y quirúrgico definitivo para evitar secuelas lamentables tales como abscesos, meningoencefalitis e hidrocefalia obstructiva como en el presente caso reportado.

## **DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



**REFERENCIAS.**

1. Prasad G, Hegde A, Divya S. Spinal Intramedullary Abscess Secondary to Dermal Sinus in Children. *Eur J Pediatr Surg.* junio de 2019;29(03):229-38.
2. Petrov M, Gerganov V, Gabrovsky N, Kamenova M. Congenital dermal sinus tract localized in the cervical region in an adult patient – Clinical case. Review of the literature. *Interdiscip Neurosurg.* septiembre de 2020;21:100683.
3. Mete M, Umur AS, Duransoy YK, Barutçuoğlu M, Umur N, Gurgun SG, et al. Congenital Dermal Sinus Tract of the Spine: Experience of 16 Patients. *J Child Neurol.* octubre de 2014;29(10):1277-82.
4. Seromenho-Santos A, Valsassina R, Pimentel J, Miguéns J, Faria CC. Lumbar pseudotail associated with dermal sinus – A case report. *Neurocirugía.* noviembre de 2017;28(6):294-7.
5. Puerta Roldán P, Guillén Quesada A, Gómez-Chiari M, Ferrer Rodríguez E. Seno dérmico lumbar: consecuencias de un retraso diagnóstico. *An Pediatría.* febrero de 2019;90(2):130-2.
6. Foster MT, Moxon CA, Weir E, Sinha A. Dermal sinus tracts. *BMJ.* 4 de septiembre de 2019;15202.
7. Rashid S, Kinabo G, Kellogg M, Howlett WP, Dekker MCJ. Secondary Myelitis in Dermal Sinus Causing Paraplegia in a Child with Previously Normal Neurological Function. *Case Rep Neurol Med.* 2016;2016:1-4.
8. Mattar MAB, Kassem M, Sabry AM. Complicated congenital dermal sinus: Diagnosis and management. *Interdiscip Neurosurg.* septiembre de 2020;21:100739.
9. Tisdall MM, Hayward RD, Thompson DNP. Congenital spinal dermal tract: how accurate is clinical and radiological evaluation? *J Neurosurg Pediatr.* junio de 2015;15(6):651-6.

10. Dho Y-S, Kim S-K, Wang K-C, Phi JH. Catastrophic Intramedullary Abscess Caused by a Missed Congenital Dermal Sinus. J Korean Neurosurg Soc. 2015;57(3):225.

## FIGURA 1



**FIGURA 2**



