

manos, mientras que la mujer flexionaba mínimamente las rodillas y las caderas; en la otra, el hombre se apoyaba en los codos mientras que la mujer flexionaba más las caderas y las rodillas. En ambas posiciones misioneras, la mujer mantenía sus pies en el colchón.

La posición que se tolera más fácilmente durante el acto sexual va a depender de si un paciente tiene dolor con la flexión (flexión hacia adelante o sentado) o dolor con extensión (inclinarse hacia atrás) (3,4).

Para los hombres con dolor de espalda y flexión intolerante, los estudios de Sidorkewicz y McGill reportaron que la posición cuadrúpeda en la que la mujer apoya la parte superior del cuerpo con los codos era la menos probable que produjera dolor (3). La posición del misionero, en la que el hombre soporta el peso en sus manos fue la siguiente con menos probabilidades de ser dolorosa que encontraron, seguida por la posición cuadrúpeda en que la mujer soporta la parte superior de su cuerpo utilizando sus manos; y luego la posición del misionero en el que el hombre se apoya sobre los codos. La posición de decúbito lateral era más probable que produjera dolor para los hombres con dolor lumbar crónico y flexión intolerante.

La posición mejor tolerada para las mujeres con dolor lumbar-flexión intolerante fue la posición cuadrúpeda en la que la mujer soporta su cuerpo sobre sus manos, seguida, en orden descendente, por la posición de decúbito lateral, la posición cuadrúpeda en la que la mujer soporta su cuerpo sobre los codos, y la posición de misionero en el que el hombre mantiene la parte superior del cuerpo con las manos estando las caderas y las rodillas de la mujer mínimamente flexionadas (4).

Para las mujeres con dolor de espalda y extensión intolerante, las posturas mejor toleradas eran las inversas al caso anterior: la "posición misionera" en la que el hombre está apoyando la parte superior de su cuerpo con los codos y la mujer flexiona la cadera y las rodillas era la que menos probabilidades tenía de provocar dolor; mientras que la posición cuadrúpeda en la que la mujer apoyaba su parte superior del cuerpo con las manos y el hombre de rodillas detrás de ella era la más probable para causar dolor (4).

Pero, ¿qué pasa si el dolor de espalda se agrava por el movimiento? El estudio en las mujeres también investigó posiciones coitales para evitar si el dolor lumbar se veía agravado por el movimiento (4). En ese caso, la posición más tolerada era la posición del misionero con el hombre sosteniendo su parte superior del cuerpo con los codos y la mujer flexionando las caderas y rodillas, seguido, en orden descendente, por la posición del misionero en la que el hombre está apoyando su parte superior del cuerpo con las manos y la mujer flexiona mínimamente las caderas y las rodillas, la posición de decúbito lateral y, por último, la posición cuadrúpeda en que la mujer apoya la parte superior del cuerpo con las manos, con el hombre de rodillas detrás de ella.

Por tanto, según estos datos, los médicos no debemos recomendar una posición igual para todos los pacientes con dolor lumbar a la hora de mantener relaciones sexuales. Por ello, debemos fomentar el diálogo con los pacientes con dolor lumbar crónico para intentar mejorar su vida sexual.

A. Alcántara Montero y A. González Curado
Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito. Badajoz.

Bibliografía

1. Maigne JY, Chatellier G. Assessment of sexual activity in patients with back pain compared with patients with neck pain. *Clin Orthop Relat Res* 2001;385:82-7.
2. Akbaş NB, Dalbayrak S, Külcü DG, Yılmaz M, Yılmaz T, Naderi S. Assessment of sexual dysfunction before and after surgery for lumbar disc herniation. *J Neurosurg Spine* 2010;13:581-6.
3. Sidorkewicz N, McGill SM. Male spine motion during coitus. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014;39:1633-9.
4. Sidorkewicz N, McGill SM. Documenting female spine motion during coitus with a commentary on the implications for the low back pain patient. *Eur Spine J* 2015;24:513-20.

Absceso epidural en el parto

Sr. Director:

Describimos el caso de una paciente de 35 años de edad, carente de antecedentes médicos, que acude al servicio de urgencias de Maternidad el 21 de julio por un parto a término. La paciente es admitida en el área, solicitando epidural para control del dolor.

Se coloca catéter epidural a nivel L2-L3, siguiendo una rutina de asepsia habitual: lavado de manos con cepillo de clorhexidina (Dispomedic Scrub C), equipo de protección descartable (máscara, bata y gorro) y guantes estériles. La preparación del sitio de punción se realiza con clorhexidina 0,5 % alcohólica (cristal-mina hospital 0,5 %) y paños estériles descartables. Se utiliza catéter epidural con filtro bacteriano, se administra dosis test con bupivacaína 0,25 % con adrenalina (3 cc), seguido de un bolo de ropivacaína 0,1 % (6 cc). Todo el procedimiento del parto y control del dolor transcurren sin incidencias. La paciente es trasladada a la planta y se retira el catéter 6 horas después de su admisión en planta.

El 25 de julio la paciente refiere dolor en la zona de punción de la anestesia epidural, el mismo que es atribuido como dolor post parto, sin embargo el dolor no remite y empeora. Tras 5 horas de dolor, refiere parestesias en miembros infe-

riores que se acompañan de progresiva pérdida de fuerza, llegando a la dificultad para la deambulación y retención urinaria. En este momento, se consulta con el servicio de Anestesiología y Reanimación y Neurología; se solicita estudio radiológico (resonancia nuclear magnética RNM). Existen problemas logísticos dentro del hospital, lo que lleva a un retraso en la prueba de, aproximadamente, 20 horas. La RNM muestra un hematoma epidural desde D9, que ocupa varios espacios, con compresión medular.

Es valorada por el servicio de neurocirugía e intervenida de manera urgente mediante laminectomía D10 a L1, con evacuación de un absceso paraespinal y absceso epidural dorso lumbar, por lo que en el intraoperatorio se toman muestras para Microbiología que, posteriormente, confirman un *S. Aureus* Meticilin Resistente (SARM). Se inicia tratamiento empírico intraoperatorio con Vancomicina, que posteriormente es confirmado mediante antibiograma.

Tras la intervención quirúrgica, ingresa en reanimación para control postoperatorio inicial. Es valorada por la Unidad de Lesionados Medulares, quienes objetivan paraplejia D11 ASIA C., iniciando tratamiento fisioterápico.

La incidencia de AEE es desconocida. Se calcula que la misma está entre 0,2-2/10.000 ingresos hospitalarios, o menos de un caso por millón de habitantes (2-4). Cuando consideramos las epidurales obstétricas, la incidencia varía según la fuente consultada: entre 0,2-3,7:100.000 a 1:5.000-13.000 procedimientos (1). La muerte por esta entidad ronda 18-31 % en las series modernas, sobre todo debido al retraso en el diagnóstico y tratamiento (2).

El intervalo de presentación del AEE varía ampliamente entre 4-60 días, con una media de 5 días, y de 4-16 días para la población obstétrica (1).

Sobre la fisiopatología, los resultados experimentales parecen indicar que la compresión mecánica es el principal factor patogénico en el desarrollo de síntomas neurológicos; sin embargo, existen muchos autores que siguen a favor de la teoría del daño por hipoxia, debido a la compresión vascular (3).

Entre las posibles comorbilidades, se mencionan a la diabetes mellitus como la más observada, variando entre el 15-53,7 %. El abuso de drogas intravenosas, variando su incidencia entre el 7-31,7 %. El abuso de alcohol está asociado hasta en el 5 % de casos (3).

Como factores de riesgo, los procesos infecciosos están presentes en el 44 % de los casos; los más frecuentes son: el absceso cutáneo, los forúnculos y la paroniquia, que como grupo representan el 15 % (3).

Los procedimientos invasivos se han visto asociados hasta con el 22 % de casos de AEE. La técnica de anestesia epidural representa el 5 % del total de los casos (3,4). Algunos estudios indican que el riesgo de sufrir un AEE tras una técnica epidural es menor a 1:5.000 para epidurales obstétricas, y entre 1:600-1.000 para epidurales quirúrgicas. Existe una serie de circunstancias que podrían favorecer

la aparición de esta entidad. Entre estas, la inserción dificultosa del catéter, la dificultad en la asepsia de la zona de punción, el uso de apósitos de poliuretano para fijar el catéter, el tiempo de permanencia del catéter, inmunodepresión, bacteriemia, edad avanzada, nivel de conciencia (2). Cuando se compara la epidural lumbar con la torácica, parece ser que esta última localización favorece más la aparición de AEE; la media de segmentos vertebrales involucrados por un AEE suele ser entre 3-6 (2).

El tiempo de permanencia del catéter también es considerado como un factor de riesgo; ocurre en pocas ocasiones, cuando se retira el mismo, antes de las 24 horas. La duración mayor a dos días se asocia con una incidencia de infección del 4,3 % (1).

El AEE se puede dividir en tres fases: agudo, subagudo y crónico, siendo la presentación aguda la más común, representando dos tercios de los casos. La fase crónica se presenta con signos y síntomas similares a los agudos, usualmente asociados con organismos menos virulentos. El dolor de espalda es el síntoma más frecuente según la literatura, afectando hasta en el 71 % de casos; la fiebre lo acompaña en el 66 %.

El diagnóstico se sospecha solamente en el 40 % de los pacientes en el momento de la presentación de la sintomatología.

La irritabilidad medular se presenta en 1/5 a 1/3 de los pacientes, probablemente debido al diagnóstico en estadios tempranos, la debilidad muscular y la incontinencia fecal/urinaria son los más frecuentes (3).

El patógeno y principal agente etiológico continúa siendo el *Staphylococcus aureus*, descrito hasta en el 73 % de los casos de los diferentes estudios. Los más recientes, a día de hoy, indican un cambio parcial de los agentes etiológicos (2-5). Los agentes gram negativos, al parecer, suelen estar más asociados a la población adicta a drogas. Entre las bacterias gram negativas a considerar, las más comunes son la *Escherichia coli* y la *Pseudomona aereginosa* (3).

La resonancia nuclear magnética (RNM), en especial cuando se usa con gadolinio como medio de contraste, es el método diagnóstico de elección. La tomografía (TC) ofrece la ventaja de permitir un planteamiento quirúrgico, con una sensibilidad del 92 %.

Podemos dividir al tratamiento en invasivo o conservador. La mayoría de los estudios actuales recomiendan el método quirúrgico como el tratamiento de elección. Usualmente se realiza laminectomía, además de la administración de antibióticos pre y post quirúrgicos. El tratamiento conservador se recomienda sobre todo en pacientes sin déficit neurológico, con vigilancia continua en centros donde se dispongan de métodos diagnósticos adecuados, así como en pacientes con una evolución clínica mayor a tres días (3-5).

El antibiótico de elección dependerá del juicio clínico. Las resistencias del medio se mantendrán hasta por 12 semanas, siendo el tiempo usual de 4-6 semanas (3).

La recuperación completa del AEE se produce entre el 41-47 %, existiendo algún tipo de déficit neurológico (excepto paresia/parálisis) en el 27 % de casos (3).

Los pacientes que presentan problemas médicos múltiples, o sometidos a cirugía espinal previamente, como aquellos afectados por bacterias meticilin resistentes, se asocian a peores pronósticos a largo plazo (5).

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz se ven asociados con mejores condiciones de los pacientes al alta. Los déficits neurológicos severos antes de instaurar el tratamiento se asocian con peores pronósticos según las grandes series. De aquí la necesidad de tener presente a esta entidad para poder tener una sospecha clínica temprana, y una actitud diagnóstica apropiada, desde fases iniciales de la misma.

G. López Torres y A. Martínez Ruiz
Hospital Universitario de Cruces. Bizkaia.

Bibliografía

1. Evans P, Misra U. Poor outcome following epidural abscess complicating epidural analgesia for labour. *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology* 2003;109:102-5.
2. Lu CH, Chang W, Lui C, Lee P, Chang H. Adult spinal epidural abscess: Clinical features and prognostic factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2002;104(4):306-10.
3. Reihnsaus E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: A meta-analysis of 915 patients; *Neurosurg Rev* 2000;232:175-204.
4. Curry W, Hoh BL, Amin-Hanjani S, Eskandar EN. Spinal epidural abscess: Clinical presentation, management, and outcome. *Surgical Neurology* 2005;63:364-71.
5. Rigamonti D, Liem L, Sampath P, Knoller N, Namaguchi Y, Schrebnan DL, et al. Spinal Epidural Abscess: Contemporary Trends in Etiology, Evaluation, and Management. *Surg Neurol* 1999;52:189-97.

Tratamiento de la neuralgia trigeminal postherpética con toxina botulínica. A propósito de un caso

Sr. Director:

Presentamos el caso clínico de un varón de 88 años que ingresó el 31 de diciembre de 2014 por cuadro de meningoencefalitis de etiología probablemente vírica (zóster oftálmico) con disminución del nivel de conciencia, disartria y aparición de lesiones vesiculosas en zona frontal izquierda. Tras instauración de tratamiento con Aciclovir se produce mejoría progresiva de las lesiones dérmicas y mejoría del nivel de conciencia, aunque presentó imposi-

bilidad para la deambulacion, motivo por el que se traslada a unidad de media estancia con soporte de rehabilitación. Previamente, el paciente presentaba movilidad reducida, por lo que empleaba un andador para la deambulacion tanto en interiores como en exteriores.

En cuanto a sus antecedentes patológicos destacan en relación al tema que nos ocupa: neuralgia trigeminal bien controlada, herpes zóster facial 2 meses antes, carcinoma vesical *in situ* tratado con resecciones transuretrales periódicas desde los 62^a, neoplasia esofagogástrica a los 70 años intervenida (libre de enfermedad en el momento actual), amputación traumática del pie derecho reconstruida, fibrilación auricular valvular no anticoagulada por elevado riesgo de sangrado, hipertensión arterial, dislipemia. Valoración inicial:

Consciente, no déficits cognitivos (valorado mediante short portable mental status de Pfeiffer: 1 error). En el examen de los pares craneales (PPCC) destacaba dolor en área oftálmica del N. trigeminal y epífora abundante con normalidad del resto de PPCC. Evaluación subjetiva del dolor en escala analógico-visual: 9.5. El examen neurológico sensitivo y motor no mostró focalidad. Funcionalmente presentaba adecuada reactividad postural para la bipedestación y capacidad de marcha estática, ambas condiciones con ayuda de 2^a persona.

Se programó entrenamiento fisioterápico en sesión diaria de 30-45 minutos/sesión. Para abordaje del dolor trigeminal se asoció pregabalina al tratamiento con carbamazepina ya iniciado previamente. Una semana después, con tratamiento farmacológico a dosis plenas, se aplicó parche de lidocaína al 5 % en área dolorosa durante 12-18 horas/día.

A las 4 semanas de ingreso el paciente presentaba buena evolución motora con niveles funcionales similares a su condición basal, aunque evitaba la actividad física por persistencia de dolor con la misma intensidad previa. Se propuso la aplicación de toxina botulínica en área afecta procediéndose a la infiltración de 15 U BOTOX dilución 1:1 en aplicación subcutánea de 3 puntos (5 U cada uno) en el área oftálmica trigeminal a nivel superciliar izquierdo. A partir del tercer día refirió mejoría y al séptimo día la puntuación en escala EVA fue de 4. Continuó reduciendo la intensidad perceptiva del dolor hasta la ausencia de quejas, situación que ha mantenido a lo largo del periodo de seguimiento de 7 meses.

Discusión

La neuralgia postherpética (NPH) se define como el dolor crónico que aparece como complicación a una infección por el virus herpes zóster. La prevalencia es de 9-34 %, siendo la complicación más frecuente tras la infección viral y afecta aproximadamente al 50 % de los individuos