

Absceso prevertebral

Infección poco frecuente (<1%), cuya incidencia ha aumentado en relación con intervenciones quirúrgicas adyacentes.

Localización

Cervical

Sacra ¹⁾

Etiología

Otras posibles etiologías son la infección local o cervical adyacente, o la diseminación hematógena, como en nuestro caso.

La adicción a drogas por vía parenteral o la inmunodepresión son factores de riesgo para el desarrollo de estos abscesos.

El alcoholismo, la diabetes mellitus, la infección por virus de la inmunosuficiencia humana, la artritis reumatoide y el tratamiento crónico con corticoides son factores predisponentes. No obstante, la esplenectomía no está descrita como factor predisponente en la bibliografía.

El agente etiológico más frecuente es [Staphylococcus aureus](#); menos frecuentes son la brucelosis, la tuberculosis, los bacilos o los hongos

El *Streptococcus agalactiae* no está descrito como agente etiológico del absceso prevertebral en la literatura médica. Se trata de un estreptococo betahemolítico del grupo B que coloniza los tractos urinario, genital e intestinal bajo y causa septicemia neonatal e infección en gestantes y puérperas. El Servicio de Medicina Interna considera probable que la septicemia por *Streptococcus agalactiae* tuviese su origen en las soluciones de continuidad en la mucosa enteral secundarias a la enteritis de etiología aún por determinar.

Clínicamente, el absceso prevertebral se manifiesta en el 75% de los casos como cervicalgia o dorsalgia, hasta en el 50% de los pacientes no presentan fiebre y en un tercio la clínica neurológica puede debutar desde con radiculopatía hasta con parálisis franca¹.

Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial con el absceso retrofaríngeo, se requiere la realización de una RM o de una TC cervical, ya que éstas diferencian entre el absceso prevertebral posterior al músculo longissimus colli y el retrofaríngeo anterior a él.

El espacio retrofaríngeo está delimitado posteriormente por la fascia prevertebral que se origina en los procesos espinosos y anteriormente por el longissimus colli. Debido a la estrecha relación con las vías respiratorias, ésta es una lesión potencialmente letal.

El absceso prevertebral puede complicarse por extensión al espacio epidural, a partes blandas o a zonas adyacentes, como en la discitis o en la [osteomielitis](#). Puede causar compresión extrínseca y ocasionar compresión medular o parálisis en el 4% al 22 % de los casos.

El tratamiento inicial en abscesos pequeños es antibiótico durante 48 h. Si fracasa éste o nos encontramos ante un absceso grande, debe drenarse quirúrgicamente. Hay que evitar el drenaje en fase flemonosa porque aumenta el riesgo de diseminación.

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica no se han encontrado publicaciones que relacionen el absceso prevertebral con este patógeno ni con la realización de una esplenectomía; sólo se han encontrado casos clínicos por diseminación hematógena por inmunodepresión ²⁾.

¹⁾

Imagen diagnóstica de osteomielitis sacra con absceso prevertebral y en musculatura erectora de la espalda (músculos espinosos). Normalización tras punción evacuadora y tratamiento antibiótico específico. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3537150>

²⁾

<https://www.secot.es/visor/caso.php?id=373&Anual=2012>

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=absceso_prevertebral

Last update: **2025/05/04 00:04**

