

CASO CLINICO

Ascesso spinale brucellare. Descrizione di un caso

Brucellar spinal abscess. Case report

L. Cecchini, G. Coari, A. Iagnocco, G. Valesini

Dipartimento di Terapia Medica, Cattedra di Reumatologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

SUMMARY

Brucellosis is a zoonosis commonly present in many areas of the world; in some Mediterranean countries it is endemic. The disease is usually transmitted to humans by ingestion of contaminated food; rarely it may be transmitted either by direct penetration through skin lesions or conjunctival mucosa or even by inhalation of aerosols. The disease may be asymptomatic, but in some occasions acute or chronic symptoms are present. Among localised forms of the disease spinal involvement is rare but it should be suspected in many Mediterranean areas where brucellosis is endemic. In particular, the extension of the brucellar abscess within the epidural space with contemporaneous muscular involvement is unusual. The authors report a case of a patient with multiple spinal brucellar abscesses of exceptional dimensions, extending in the epidural space and within paravertebral and psoas muscles and causing compression of the lumbar nerve roots. The exact localisation and extension of the abscess have been accurately defined by MRI.

Reumatismo, 2001; 53(3):229-231

INTRODUZIONE

La brucellosi è una antroppo-zoonosi diffusa in tutto il mondo. Questa patologia ha carattere endemico in alcune regioni mediterranee. La trasmissione dell'infezione avviene attraverso l'ingestione di alimenti provenienti da animali malati o, più raramente, in seguito alla diretta penetrazione del microrganismo attraverso piccole lesioni cutanee, o per via congiuntivale o inalatoria. L'infezione può decorrere in maniera asintomatica o manifestarsi clinicamente in forma acuta, cronica o localizzata. Tra le forme localizzate di brucellosi assume particolare importanza l'interessamento dell'apparato locomotore, soprattutto dello scheletro assile (1). Il coinvolgimento muscolare, caratterizzato da ascessi paravertebrali e dei muscoli psoas, è raro e quasi sempre secondario a spondilite (2).

Riportiamo il caso di un paziente con spondilodiscite brucellare complicata da ascessi retroperitoneali e muscolari, coinvolgimento infettivo endospicale e di alcuni corpi vertebrali.

CASO CLINICO

S. I., agricoltore di anni 61, giungeva alla nostra osservazione in seguito all'insorgenza di lombosciatalgia acuta resistente alle comuni terapie analgesiche ed anti-infiammatorie, accompagnata da febbre elevata intermittente, intensa astenia, calo ponderale. L'esame obiettivo evidenziava: dolore alla mobilizzazione della colonna, positività della manovra di Lasague bilateralmente, marcata epatosplenomegalia, area di ottusità percussoria in sede paravertebrale sinistra nel tratto dorso-lombare. Gli esami ematochimici mostravano: VES 98 mm, PCR 98 mg/L, γ -globuline 24, 9%; emocromo, indici di funzionalità epatica e renale nella norma. Le ricerche batterioscopiche e colturali per BK e germi comuni eseguite su sangue, urine ed espettora-

Indirizzo per la corrispondenza:

Giulio Coari, Dipartimento di Terapia Medica,
Divisione di Reumatologia, Università di Roma "La Sapienza",
V.le del Policlinico 155, 00161 Roma

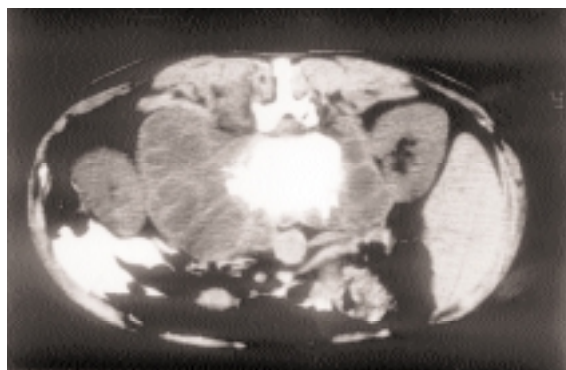


Figura 1 - TC della colonna lombare. Lesioni osteolitiche vertebrali, ascesso paravertebrale.

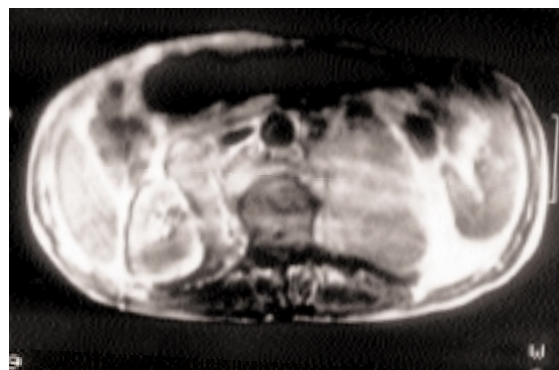


Figura 2 - I RMN addomino-pelvica. Evidenziazione della raccolta ascessuale e della sua estensione.

to risultavano negative. Era invece positiva ad alto titolo la sierodiagnosi di Wright per la brucella melitense. L'esame radiologico del rachide mostrava segni diffusi di spondilosi con marcato restringimento dello spazio intersomatico L2-L3. Una scintigrafia ossea con leucociti marcati evidenziava una netta riduzione del pool leucocitario in corrispondenza del II e III metamero del rachide lombare. La TC della colonna lombare e dell'addome (Fig. 1) mostrava grossolane irregolarità e lesioni osteolitiche delle limitanti somatiche L2 ed L3, calcificazioni delle parti molli circostanti, presenza di una formazione ascessuale bilaterale in sede paravertebrale. La RMN addomino-pelvica (Fig. 2) evidenziava come la vasta raccolta ascessuale pluricamerata fosse localizzata nello spazio retro-peritoneale ed estesa dai vasi renali sino a 4 cm al di sotto della cresta iliaca a sinistra, mentre a destra arrivava fino a 2 cm al di sotto della biforcazione iliaca; era presente anche un coinvolgimento bilaterale dei muscoli psoas e della muscolatura paravertebrale sinistra; nello spazio retroperitoneale le raccolte ascessuali erano adiacenti alle pareti della vena cava inferiore e dell'aorta; il processo flogistico descritto si estendeva, inoltre, entro lo speco vertebrale da L2 a L5 con interessamento dei corpi vertebrali lombari e sviluppo nei rispettivi canali di coniugazione, con compressione delle radici nervose L4 e L5 di sinistra; i visceri splancnici erano esenti da lesioni focali. Un esame batterioscopico e colturale eseguito sul materiale ascessuale prelevato mediante ago aspirato dava esito negativo. Veniva posta diagnosi di ascesso da spondilodiscite brucellare ed intrapresa terapia antibiotica con ambramicina e streptomina e terapia analgesica con tramadolo cloridrato con risoluzione della febbre, miglioramento della sintomatologia do-

lorosa e progressiva riduzione degli indici di flogosi. Successivamente il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico di laminectomia, discectomia e svuotamento delle raccolte ascessuali.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli ascessi spinali epidurali da brucella sono rari e sono una complicanza della malattia cronica (3). Le sindromi da compressione radicolare sono dovute alla espansione della massa da un disco intervertebrale infetto e tale evenienza dovrebbe essere sospettata in pazienti con sindromi radicolari, provenienti da zone in cui la brucellosi è endemica (4). È stato suggerito che l'infezione si svilupperebbe dalla parte anteriore del corpo vertebrale che è la zona maggiormente vascularizzata. La spondilite brucellare può essere di due tipi: focale, in cui il disco intervertebrale è indenne, o diffusa, nella quale l'infezione coinvolge il corpo vertebrale, il disco, le strutture legamentose ed i tessuti molli circostanti (5). Il tratto lombo-sacrale è quello maggiormente interessato in caso di spondilite brucellare (6), a differenza della spondilite tubercolare che colpisce preferenzialmente il tratto dorsale. Gli ascessi brucellari dei muscoli paravertebrali e degli psoas sono estremamente rari e quasi sempre secondari a spondilite (6). Generalmente questi sono più piccoli di quelli tubercolari e l'ago aspirato risulta negativo. L'esame radiografico della colonna non mostra in genere alterazioni caratteristiche se non un aspecifico restringimento dello spazio intervertebrale. La TC e, soprattutto, la RMN sono le indagini strumentali più appropriate per porre diagnosi di spondilodiscite e per rilevare la presenza di complicanze ascessuali (7). Il caso de-

scritto mostra come la brucellosi spinale possa essere una delle possibili cause di dolore lombare. È interessante rilevare come le immagini radiografiche mostrassero solo una aspecifica riduzione dello spazio intervertebrale L2-L3 mentre la TC evidenziava lesioni osteolitiche delle limitanti somatiche di L2 ed L3 e la presenza di una formazione ascessuale bilaterale di insolite dimensioni. Solo la RMN definiva accuratamente le dimensioni ecce-

zionali della raccolta ascessuale e rilevava l'estensione di essa in sede epidurale, nei canali di coniugazione del tratto lombare, con compressione delle rispettive radici nervose e nella compagine dei muscoli psoas e paravertebrali. Questa osservazione clinica appare interessante per la rarità delle complicanze ascessuali muscolari ed epidurali in corso di spondilodiscite brucellare e per la vastità dell'estensione delle alterazioni descritte.

RIASSUNTO

Il coinvolgimento scheletrico, in particolar modo dello scheletro assile, è relativamente comune in corso di brucellosi, mentre l'estensione della raccolta ascessuale entro il canale vertebrale e nel contesto della muscolatura paravertebrale e dei muscoli psoas è raramente riportata come complicanza della spondilodiscite brucellare. Si riporta il caso di un paziente con spondilodiscite brucellare complicata da ascessi muscolari multipli di eccezionali dimensioni localizzati in sede epidurale, nei canali di coniugazione delle radici nervose lombari e nella compagine dei muscoli psoas e paravertebrali. La localizzazione e l'estensione di eccezionale vastità della raccolta ascessuale sono state ben definite dalla RMN addomino-pelvica.

Parole chiave: Brucellosi, ascesso spinale lombare.

Key words: *Brucellosis, lumbar spinal abscess.*

BIBLIOGRAFIA

1. Colmenero J, Reguera JM, Fernandez-Nebro A, Cabrera-Franquelo F. Osteoarticular complication of brucellosis. *Ann Rheum Dis* 1991; 50: 23-6.
2. Dudler J, Ballaguè F, Waldburger M. Bilateral primary brucellar psoas abscess. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 988-90.
3. Solera J, Lozano E, Martinez-Alfaro E, Espinosa A, Castillejos ML, Abad L. Brucellar spondylitis: review of 35 cases and literature survey. *Clin Infect Dis* 1999; 29: 1440-9.
4. Goodhart GL, Zakem JF, Collins WC, Meyer JD. Brucellosis of the spine. *Spine* 1987; 12: 414-6.
5. Paz JF, Alvarez FJ, Roda JM, Frutos R, Isla A. Spinal epidural abscess caused by brucella: case report. *J Neurosurg Sci* 1994; 38: 245-9.
6. Cordero M, Sancez I. Brucellar and tuberculous spondylitis. *J Bone Joint Surg* 1991; 73: 100-3.
7. Pina MA, Ara JR, Modrego PJ, Juyol MC, Capablo JR. Brucellar spinal epidural abscess. *Eur J Neurol* 1999; 6: 87-9.
8. Ozates M, Ozcan U, Bukte Y, Ceviz A, Sari I, Simsek M. Lumbar epidural brucellar abscess causing nerve root compression. *Spinal Cord* 1999; 37: 448-9.