

A. Verdú Pérez, M.C. Montes Gonzalo,  
J.A. Alonso Martín<sup>1</sup>

*An Esp Pediatr* 1996;44:491-492.

### Meningitis por gramnegativos secundaria a seno dérmico congénito, demostrado por resonancia magnética

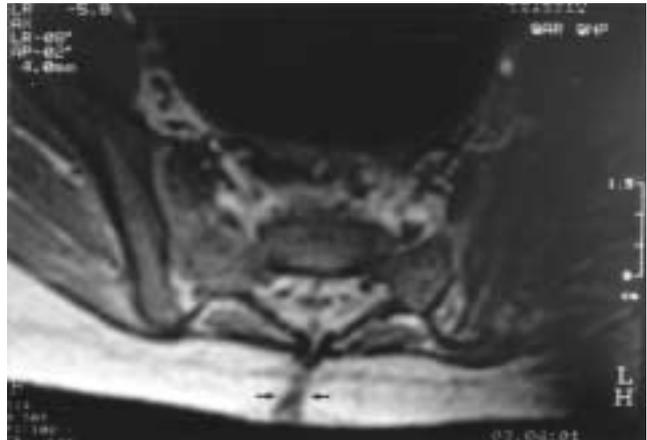
#### Introducción

El seno dérmico es una invaginación cutánea que forma un tracto más o menos permeable revestido de epitelio escamoso estratificado, y que se presenta en la línea media posterior. Su localización habitual es lumbosacra u occipital, esto es, en la vecindad de los neuroporos. Si bien por el orificio pueden salir pelos o exudado o haber un angioma rojo-vinoso a su alrededor, en ocasiones la apertura puede ser muy pequeña y pasar desapercibida. Su extensión varía desde pequeños fondos de saco que terminan en el tejido subcutáneo, a la de largos tractos que atraviesan las cubiertas óseas y meníngeas hasta el canal medular o el IV ventrículo. En estos casos pueden originar meningitis recurrentes y abscesos intrarraquídeos<sup>(1)</sup>. A continuación se describe una niña de 15 meses con meningitis a *E. coli* y un pequeño seno dérmico sacro. El estudio de imagen por resonancia magnética (IRM) permitió detectar, de forma muy precisa, la presencia de un tracto fistuloso hasta el fondo de saco dural sacro, y una colección purulenta a dicho nivel, lo que conllevó la realización de un tratamiento precoz con una evolución posterior excelente.

#### Caso clínico

Niña de 15 meses de edad, que estando previamente asintomática, presenta decaimiento progresivo, fiebre de hasta 39 °C y vómitos de 1 semana de evolución. En la exploración al ingreso se apreció rigidez de nuca moderada y no se detectaron signos de focalidad neurológica motriz ni sensitiva. El resto de exploración fue normal, a excepción de un pequeño angioma plano de contornos geográficos y coloración rojo-pálida, de 1,5 a 2 cm, situado en línea media a nivel de S2-S3, y del que parecía apreciarse un pequeño poro en su centro del que no salía (ni al parecer había salido anteriormente) ningún exudado. El angioma fue estudiado al nacimiento, con realización de radiografía de columna lumbosacra y ecografía a dicho nivel, que fueron normales.

El examen del líquido cefalorraquídeo mostró leucorraquia polimorfonuclear, hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia; en



**Figura 1.** Proyección axial a nivel del seno dérmico (IRM, secuencia potenciada en T1), en la que se aprecia el trayecto fistuloso (flechas) entre la piel y la duramadre del fondo de saco dural.

el cultivo creció un bacilo gramnegativo (*E. coli*) sensible a cefotaxima. Debido al estigma disráfico sacro, que pudiera ser la puerta de entrada del organismo, por otra parte excepcional como etiología de meningitis a la edad del paciente, se realizó IRM que permitió apreciar la existencia de un tracto fistuloso entre la piel y el saco dural (Fig. 1), y una colección de material presumiblemente purulento en la zona más caudal del canal raquídeo (Fig. 2).

La paciente fue tratada con cefotaxima i.v. (200 mg/kg/día) durante 2 semanas, cediendo la fiebre alta y con notable mejora del estado general a las 72 horas del inicio del tratamiento, pero con persistencia de febrícula ocasional posteriormente. A las 2 semanas se realizó intervención quirúrgica en la que se observó un claro trayecto fistuloso que llegaba hasta el plano de la duramadre, pero sin espina bífida. Al abrir la duramadre salió gran cantidad de material purulento a presión y de color amarillento, en el que se cultivó *E. coli*. Se liberaron las raíces de la cola de caballo, que se encontraban englobadas en el seno de una gran reacción inflamatoria, y se identificó un pequeño dermoide abscesificado entre las raíces, que fue extirpado con dificultad por las grandes adherencias. La evolución posterior ha sido excelente, sin complicaciones neuroquirúrgicas ni secuelas neurológicas tras 6 meses de la intervención.

Unidad de Neuropediatría, <sup>1</sup>Servicio de Pediatría.

Hospital «Virgen de la Salud». Toledo.

Correspondencia: Dr. A. Verdú. Neuropediatría. Hospital «Virgen de la Salud». Avda. Barber, 30. 45004 Toledo.

Recibido: Enero 1995

Aceptado: Abril 1995



**Figura 2.** Proyección sagital del canal raquídeo lumbosacro a nivel de la línea media (IRM, secuencia potenciada en T1). Obsérvese el tracto fistuloso, y la colección purulenta situada en el fondo de saco dural sacro (flechas), de intensidad de señal claramente distinta del LCR normal situado por encima de la misma.

## Discusión

La trascendencia de los senos dérmicos como fuente potencial de complicaciones neurológicas graves es bien conocida desde hace tiempo<sup>(1-3)</sup>. Los casos publicados demuestran reiteradamente que el diagnóstico tardío contribuye a empeorar el pronóstico<sup>(1,4,5)</sup>. En unos casos las complicaciones derivan de las infecciones meníngeas, con frecuencia recurrentes<sup>(1,5,6)</sup> y causadas por estafilococos o gérmenes gramnegativos que se introducen a través de la fistula. En otras ocasiones se forman abscesos extra o intradurales<sup>(4,7)</sup>. Las complicaciones pueden ser graves y permanentes: hidrocefalia, paraplejía, incontinencia esfinteriana, etc. Algunos aspectos de los senos dérmicos merecen un comentario.

En primer lugar, hay que señalar que suelen ser asintomáticos hasta que se infectan o producen efecto compresivo o irritativo, por lo que el diagnóstico y extirpación precoz son de gran importancia profiláctica<sup>(1,5,8)</sup>. A este respecto hay que recordar que la normalidad de la radiografía simple de columna no descarta la posibilidad de comunicación con el espacio intrarraquídeo (como sucedió en nuestro caso). En segundo lugar, se debe tener en cuenta que con frecuencia el seno dérmico acaba en un quiste dermoide disembrionario<sup>(8)</sup>, y que puede tener localización intradural. Esto conlleva el riesgo de que la punción lumbar pueda efectuarse sobre la zona del quiste dermoide, lo que daría resultados confusos en la interpretación del material obtenido, y podría favorecer la extensión del tumor y la afectación de las raíces y médula espinales<sup>(5,8)</sup>. Es obvia la absoluta contraindicación de maniobras (por ej.: fistulografía) que pudieran introducir gérmenes en el espacio subaracnoideo<sup>(5)</sup>.

Los autores son de la opinión de que ante niños con lesiones cutáneas sospechosas de comunicación con estructuras intrarraquídeas se realicen de forma precoz las pruebas diagnósticas más fiables y que provean la mayor información anatómica. De los métodos disponibles, es la IRM con contraste paramagnético la que proporciona una mejor delimitación anatómica de las estructuras adyacentes al canal medular<sup>(9)</sup>. Esto, unido a sus características de método no invasivo, la convierte en el método más adecuado y recomendable en el momento actual.

## Bibliografía

- 1 Matson DD, Jerva MJ. Recurrent meningitis associated with congenital lumbosacral dermal sinus tract. *J Neurosurg* 1966;**25**:288-297.
- 2 Moises TS. Staphylococcus meningitis secondary to a congenital sacral sinus. *Surg Gynec Obst* 1926;**42**:394-397.
- 3 Walker AE, Bucy PC. Congenital dermal sinuses: a source of spinal meningitis infection and subdural abscess. *Brain* 1934;**57**:401-421.
- 4 Probst F, Brun A. Recurrent meningoencephalitis and ascending myelitis caused by dermal sinus tract of extraordinary length. *Neuroradiology* 1980;**19**:161-165.
- 5 Roman Riechmann E, Verdú Pérez A, Alvarez-Coca J, Pascual-Castroviejo I. Meningitis asociada a seno dérmico congénito. *An Esp Pediatr* 1983;**18**:243-247.
- 6 Casani Martínez C, Otero Reigada MC, Pérez Tamarit A, Alvarez Garijo JA, Asensi Botet F. Seno dérmico lumbosacro como puerta de entrada de meningitis purulenta. Presentación de tres casos. *An Esp Pediatr* 1991;**34**:68-73.
- 7 El Gindi S, Fairfurn B. Intramedullary spinal abscess as complication of a congenital dermal sinus. *J Neurosurg* 1969;**30**:494-497.
- 8 Pascual-Castroviejo I. Spinal tumors in children and adolescents. New York: Raven Press, 1990; págs. 222-224.
- 9 Post MJD, Sze G, Quencer RM, Eismont FJ, Green BA, Gahbauer H. Gadolinium-Enhanced MR in Spinal Infection. *J Comput Assist Tomogr* 1990;**14**:721-729.