

**Caso 223**

## Historia de una ida y de una vuelta

VILLAMOR JIMÉNEZ, CRISTINA. MARTÍN SEGARRA, ORIOL.  
SALMERÓN BÉLIZ, OCTAVIO JOSÉ. GONZALO MORENO, BEGOÑA.  
LOSA GARCÍA, JUAN EMILIO. RODRÍGUEZ LEAL, CRISTÓBAL  
MANUEL

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

### HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años de edad con los siguientes:

#### Antecedentes personales

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: fumador de 3 cigarrillos de marihuana al día. Cocaína inhalada de forma ocasional, habitualmente fines de semana. Consumo enólico de 14-16 unidades alcohol/semana.
- No HTA, diabetes ni dislipemias.
- Serología VIH negativa en 2009. No factores de riesgo, uso habitual de preservativo.
- Intervenido de luxación en 2º dedo de pie izquierdo tras accidente de tráfico en 2005.
- Apendicectomizado en 2007.
- Trabajador industrial.

#### Tratamiento habitual

No realiza

#### Enfermedad actual

Paciente que acude a Urgencias por cefalea fronto-biparietal de un mes de evolución. No es continua, mejora parcialmente con analgésicos, no afecta al descanso nocturno. Niega sensación distérmica. Sin náuseas, un vómito alimentario aislado en las últimas 24 horas antes de consultar. No déficit de fuerza ni sensibilidad, no alteraciones visuales ni del lenguaje, según percepción del paciente. Refiere tratamiento con amoxicilina, sin precisar dosis, durante el último mes por infección odontógena.

### EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS

TA 140/77 mmHg. FC 85 lpm, Afebril. Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. Eupnéico. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias a la palpación. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Paciente consciente y orientado. Lenguaje presente y fluido. Impresiona durante anamnesis de parafasias y circunloquios. Nomina y repite. No meningismo. Pupilas simétricas, iguales, reactivas. Movilidad ocular conservada. Pares craneales bajos conservados. No disimetrías ni disidiadococinesias. Fuerza global y segmentaria conservadas. No déficit sensitivo. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Marcha y tándem normal.

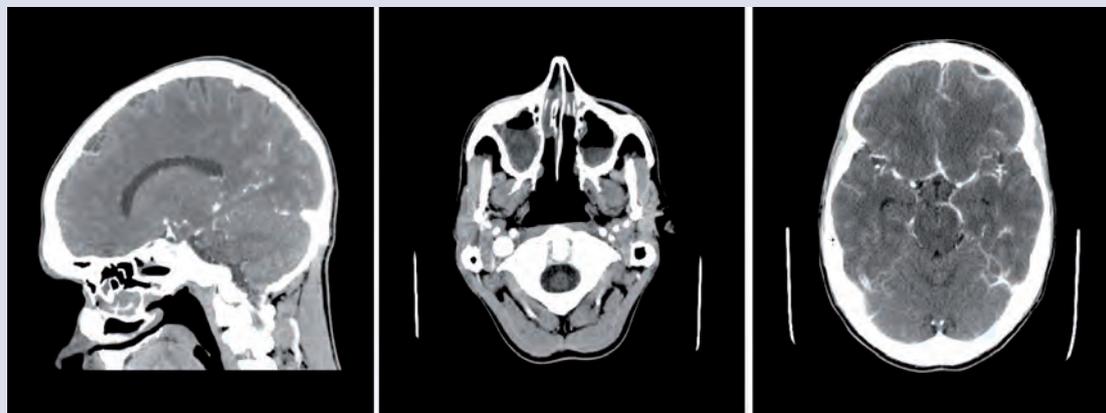


Figura 1

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**Hemograma:** Leucocitos  $19.58 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Neutrófilos  $17.43 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Linfocitos  $0.76 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Segmentados 87 %, Cayados 0 %, Hematíes  $4.98 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Hemoglobina 13.80 g/dL, Hematocrito 40.40 %, Plaquetas  $295.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ , resto normal.

**Estudio de Coagulación** normal excepto: Fibrinógeno 883.50 mg/dL. **Bioquímica:** Glucosa 113.00 mg/dl, Urea 30.00 mg/dl, Creatinina 0.90 mg/dl, Sodio 134.00 mmol/L, Potasio 4.20 mmol/L, perfil hepático normal. Proteína c reactiva 103.00 mg/L.

**Sistemático de orina:** normal. **Tóxicos en orina:** negativos.

**Rx tórax:** no se aprecian infiltrados, senos costofrénicos libres.

**TAC craneal urgente sin y con contraste<sup>1</sup>:** Se aprecia engrosamiento mucoso generalizado de senos paranasales compatible con pansinusitis. Ocupación de meatos medios probablemente por pólipos. En el receso lateral del seno frontal izquierdo se ve ocupación con erosión de pared orbitaria anterior, que pudiera estar en relación con mucocèle crónico. Se aprecia un empiema subdural izquierdo más marcado a nivel frontal, adyacente al seno (que muy probablemente sea el origen) pero que se extiende hasta la línea media a nivel frontal y parietal. Hay una asimetría del ventrículo

lateral izquierdo, menor que el derecho, indicativo de cierto efecto de masa del empiema subdural. No hay desviación de línea media. Asimetría del seno transversosigmoideo, casi inexistente en el lado izquierdo, probablemente constitucional.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Varón de 31 años que acude con cefalea de un mes de evolución y alteración del lenguaje:

<b>Infeccioso:</b>	<b>Vascular:</b>	<b>Autoinmune:</b>
• Meningitis.	• Ictus.	• Vasculitis.
• Meningoencefalitis.	• Aneurisma.	• Inflamatoria.
• Abscesos.		
<b>Neoplásico:</b>	<b>Otros:</b>	
• Tumor primario.	• Tóxicos.	
• Metástasis.	• Fármacos.	

## EVOLUCIÓN

Dados los hallazgos radiológicos, se inicia antibioterapia empírica (ceftazidima 2 g, vancomicina 1 g y metronidazol 500 mg iv) y se contacta con el servicio de Neurocirugía de referencia (Hospital Universitario de Getafe). El paciente es trasladado.

A su llegada a Urgencias de dicho Hospital comienza con pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo

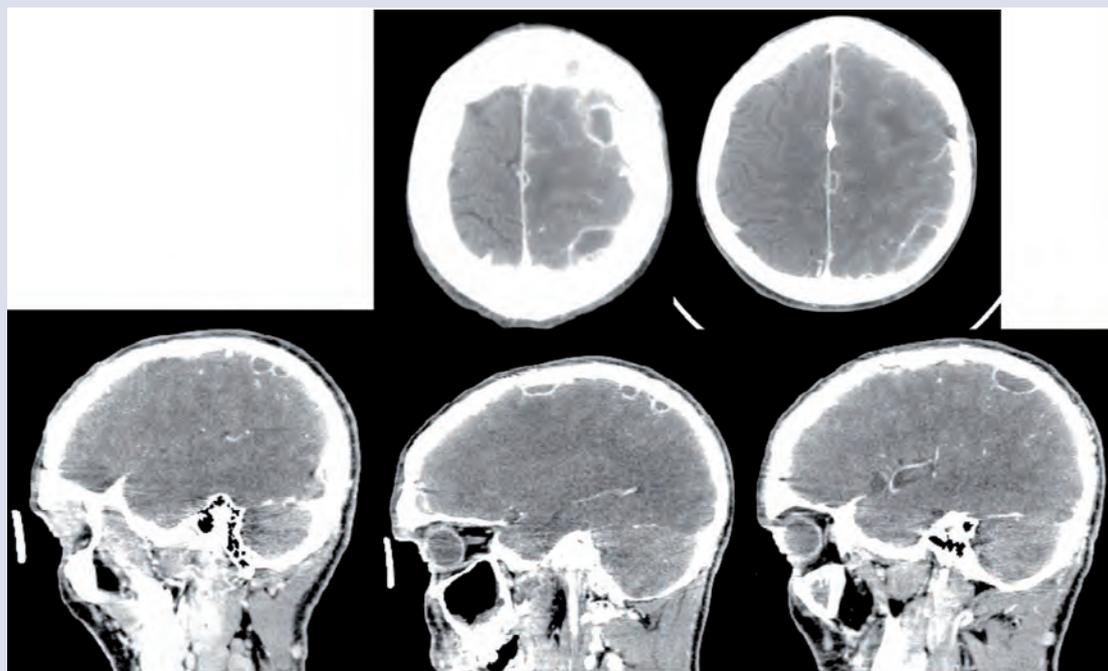


Figura 2

de predominio braquial y afasia motora leve, por lo que se decide tratamiento quirúrgico urgente: craneotomía fronto-temporo-parietal izquierda con evacuación de empiema subdural y reparación de defecto de la duramadre en región adyacente al seno frontal, colocándose un sistema de lavado subdural. Se mandan muestras para cultivo.

Tras la cirugía, el paciente ingresa en UCI, donde presenta pérdida de fuerza en MSD y MID con parálisis facial central derecha que evoluciona favorablemente. Se realiza TAC de control que no demuestra complicaciones y es dado de alta a planta donde sufre una crisis comicial, se inicia tratamiento con fenitoína e ingresa nuevamente en UCI donde permanece 48 h. Posteriormente vuelve a planta donde se añade tratamiento con segundo anticomicial (levetiracetam).

Durante su ingreso crece en los cultivos del absceso subdural *S. anginosus*, por lo que se instaura tratamiento con penicilina G 4 millones U cada 4 h.

Ante la estabilidad clínica, se traslada nuevamente a nuestro centro, donde en la exploración inicial sólo destaca piorrea y discreta pérdida de fuerza proximal en MSD. El paciente es capaz de deambular sin ayuda.

Es valorado entonces por ORL (dado que constaba evaluación previa por ORL en HUG donde se recomendaba drenaje de senos). Se realiza prueba de imagen de control:

- TAC Senos paranasales: mejoría radiológica con respecto al TAC de urgencias aunque persisten datos de pansinusitis.
- TAC craneal?: evolución radiológica desfavorable: múltiples colecciones extraaxiales de nueva aparición fronto-parietales en la zona alta de la convexidad izquierda con realce compatibles con abscesos probablemente epidurales. También pequeñas colecciones adyacentes a la hoz cerebral sugestivos de abscesos subdurales. Edema cerebral secundario.

Ante la disociación clínico-radiológica presente, se interconsulta con Neurocirugía de Getafe que recomienda nuevamente su traslado. Previo al traslado se suspende tratamiento con penicilina G e iniciando ceftazidima 2 g/8 h, linezolid 500 mg/12 h y metronidazol 500 mg/8 h.

En HUG realizan seguimiento clínico y radiológico, manteniendo pauta previa de antibiótico. En biopsia de duramadre obtenida el 17/08/11 se aísla *Propionibacterium* sp. y *S. anginosus*. Es interveni-

do de senos frontales. El paciente persistió afebril con desaparición completa de empiema en RNM craneal. Tras completar tratamiento endovenoso es dado de alta.

## DIAGNÓSTICO FINAL

- Empiema subdural por *S. anginosus* y *Propionibacterium* sp. Probable puerta de entrada sinusitis frontal en paciente inhalador de cocaína.
- Diseminación post-quirúrgica, múltiples abscesos subdurales.

## DISCUSIÓN

El empiema subdural es un trastorno raro que comprende 15 a 25% de las infecciones supuradas focales del sistema nervioso central. Como en nuestro paciente, la sinusitis es el cuadro predisponente más común y suele afectar los senos frontales, solos o en combinación con los senos etmoidales y maxilares superiores. El empiema que acompaña a la sinusitis afecta predominantemente a varones jóvenes. El 70% de los casos aparecen en el segundo y el tercer decenios de la vida.

La presentación habitual es paciente con sinusitis, cefalea de intensidad progresiva y fiebre, que puede o no asociar focalidad neurológica. En nuestro paciente impresiona la escasa sintomatología a pesar de la presencia de pansinusitis en pruebas de imagen, la ausencia de fiebre y cefalea de larga evolución. Fueron los síntomas neurológicos, únicamente alteración en la coherencia del lenguaje, los que destacaron en la primera valoración en Urgencias. Tal vez el tratamiento con amoxicilina enmascarase el cuadro.

Los patógenos más frecuentes cuando el proceso inicial es sinusitis son: estreptococos aerobios y anaerobios, estafilococos, enterobacterias y bacterias anaerobias. Frecuentemente son infecciones polimicrobianas las derivadas por sinusitis. Si existen procesos neuroquirúrgicos o traumatismos craneoencefálicos previos: estafilococos y bacilos Gram negativos. Cabe destacar que hasta en un 33% de los pacientes el cultivo es negativo, lo que refleja la dificultad para lograr cultivos adecuados de anaerobios.

Así ocurre en nuestro caso donde se aísla inicialmente en los cultivos intraoperatorios *S. anginosus* como único patógeno, ajustando el tratamiento antibiótico a la sensibilidad de este germen. Ante el empeoramiento radiológico y por sospecha de in-

fección polimicrobiana se amplía empíricamente cobertura antibiótica en nuestro centro. Posteriormente se confirma en cultivo de biopsia el crecimiento de *Propionibacterium* sp, bacilo Gram positivo anaerobio de lento crecimiento. Revisando retrospectivamente tal vez el tratamiento únicamente con penicilina G fue insuficiente ante la falta de resultado de todos los cultivos recogidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Petti, C, Stratton, CW. Streptococcus anginosus group. In: Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th Ed, Mandell, GL, Bennett, JE, Dolin, R (Eds), Churchill Livingstone, Inc., New York, NY 2009. p. 2681-2685.
- Mensa, J., J. M. Gatell, et al. (2010). Guía de terapéutica antimicrobiana, Editorial Antares: 342-343, 366.
- Roos, K. L K. L. Tyler KL. Meningitis, encefalitis, absceso encefálico y empiema. En Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª edición. México. McGraw-Hill. 2009: 2621-2641
- Stratton, C. W. (2010). Infections due to the Streptococcus anginosus group. Up To Date.

## COMENTARIO EDITORIAL

Se presenta un caso de empiema subdural como complicación de una sinusitis. El cuadro aparece como un cefalea subaguda con alteración neurológica en el momento de la consulta en urgencias. Esto obliga a recordar cuales son los síntomas y signos de alarma de una cefalea que obligan a realizar una prueba de imagen, generalmente una tomografía computarizada (TC) craneal:

- Cefalea brusca o aguda intensa, sin antecedente de episodios similares, o mucho más intensa que en episodios previos
- Cefalea subaguda (más de 15 días) de intensidad creciente
- Cefalea con datos de hipertensión intracraneal
- Cefalea con alteración de la consciencia, fiebre (si la cefalea no cede al bajar la temperatura) o convulsiones
- Cefalea con rigidez de nuca o focalidad neurológica en la exploración
- Mas de 60 años

Este enfermo presentaba una cefalea de un mes de evolución y en la exploración física se comprobó la existencia de una alteración del lenguaje y por tanto debía hacer una TC craneal que mostró signos de pansinusitis con probable perforación de pared orbitaria y una absceso subdural.

La sinusitis es una afección que generalmente no requiere atención hospitalaria, pero siempre hay que estar atentos a la posible aparición de complicaciones como son la celulitis preseptal, la celulitis y el absceso orbitarios, la extensión intracraneal de la enfermedad con aparición de meningitis, trombosis del seno cavernoso o abscesos intracraneales que incluyen el absceso cerebral, epidural y subdural. La afectación y destrucción del hueso frontal da lugar al tumor de Potts. Por este motivo debe vigilarse la aparición de alguno de los siguientes datos de alarma que obligan a una valoración hospitalaria

- Fiebre superior a 39° C o fiebre persistente, especialmente en adultos y adolescentes
- Edema o absceso palpebral
- Inflamación de mejilla
- Cefalea o dolor facial o dental intenso no controlable con analgésicos habituales
- Alteración de la visión (diplopia o pérdida de visión).
- Hiperestesia infraorbitaria
- Alteraciones en el nivel de conciencia
- Signos meníngeos
- Cuadro de afectación grave en inmunodeprimido

En este paciente manejo inicial en urgencias fue correcto, siguiendo las recomendaciones anteriores, pero después la atención se desvió únicamente hacia el absceso subdural dejando en un segundo plano la pansinusitis. Si ésta se hubiese drenado inicialmente probablemente la evolución hacia la curación hubiese sido más rápida y se hubiese evitado el título “historia de ida y vuelta”, ya que con el drenaje de senos se habría detectado antes la presencia de *Propionibacterium* que, con otros bacteroides, ocupa el tercer lugar entre los agente causantes de sinusitis crónica, entendiendo como tal la sinusitis aguda que persiste durante más de tres semanas. La existencia de dos gérmenes indica que la infección era polimicrobiana y probablemente el tratamiento antibiótico inicial no fue el adecuado y más sin un drenaje de senos

- Goaddsby PJ, Raskin NH. Cafalalgias. En Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª edición. México. McGraw-Hill. 2009:95-107
- Muñoz Rubio E. Sinusitis. En Moya Mir MS Actuación en Urgencias de Atención Primaria. 3ª edición. Madrid. Adalia Farma. 2009:523-528
- Waters TA. Urgencias nasales y sinusitis. En Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Medicina de Urgencias. 6º edición. México. McGraw-Hill. 2006:1750-1758