

**Caso 169****Absceso cerebral como grave complicación de una infección banal. A propósito de un caso**

JUAN CARLOS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, CHRISTOPH JOSÉ KLEIN ZAMPAÑA, ANA HERNÁNDEZ GARCÍA, CARLOS JAVIER GARCÍA MORRÁS, RAMIRO ALONSO DEL BUSTO, LAURA FERNÁNDEZ CONCELLÓN

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

**HISTORIA CLÍNICA****Motivo de la atención en urgencias**

Se trata de un varón de 63 años, que es remitido a la Unidad de Urgencias en una unidad de soporte vital básica por su médico de Atención Primaria por un cuadro de bradipsiquia y tendencia al sueño de unas horas de evolución. El paciente está en tratamiento por un cuadro de otitis media aguda desde hace 48 horas, en que comenzó con otalgia derecha y sensación de mareo, sin fiebre. El antibiótico que recibía era amoxicilina (500 mg/8 h, 2 días).

**Antecedentes personales**

Sin alergias medicamentosas conocidas, sin patología médica ni factores de riesgo cardiovascular. No antecedente de patología ORL.

Refiere un episodio de meningitis hace años, no documentado y que fue tratado en hospital privado, sin llegar a diagnóstico etiológico y con evolución favorable, sin secuelas.

**EVOLUCIÓN EN URGENCIAS Y EXPLORACION FÍSICA**

Constantes: TA 185/90, FC 75, Sat O<sub>2</sub> 96%, T<sub>a</sub> 36,8°C Glu capilar: 120 mg/dl

A su llegada a Urgencias presenta buen estado general, está eupneico y bien perfundido, con coloración cutáneo-mucosa normal. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal son normales.

Presenta un nivel de conciencia con GCS de 15 y

no de aprecia focalidad neurológica.

Se evidencia otorrea derecha.

Estando en el box de exploración, presenta convulsión tónico-clónica, con desconexión del medio, relajación de esfínteres y desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda, que cede en aproximadamente 2 minutos coincidiendo con la perfusión de diacepán iv. Permanece con posterioridad poscrítico y con un nivel neurológico que no requiere inicialmente IOT.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Análítica: 8.100 leucocitos (82% neutrófilos). Resto de parámetros normales.

ECG, Rx tórax normales.

TAC cerebral simple y con contraste iv: Lesión intraaxial supratentorial temporal derecha, de morfología redondeada, bordes bien definidos, con halo grueso, de 21 mm de diámetro máximo, que presenta captación periférica y anular de contraste iv, sin efecto masa sobre estructuras adyacentes y edema vasogénico. Gran destrucción y remodelación del antro mastoideo derecho, que presenta una gran cavidad de morfología ovalada, ocupada por partes blandas y con probable destrucción del techo del tímpano y con comunicación con fosa craneal media.

Hallazgos compatibles con absceso cerebral secundario a otitis media purulenta complicada.

**ACTITUD EN URGENCIAS**

Al presentar la crisis tónico-clónica se procede a suministrar dosis de carga de levetiracetam (1.000 mg iv), y ante la sospecha diagnóstica se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona (2 g iv) y vancomicina (1 g iv).

Se recoge muestra de exudado purulento presente en CAE, que se remite a Microbiología.

Tras los hallazgos del TAC, se realiza interconsulta urgente a Neurocirugía y ORL, que tras valorar clínicamente al paciente deciden cirugía urgente realizada conjuntamente. En ese momento, y dado el progresivo deterioro neurológico, se decide IOT bajo sedo-relajación y conexión a ventilación mecánica. En quirófano se procede al drenaje del absceso (requirió ecografía transcerebral intraoperatoria para la localización exacta del mismo) y mastoidectomía. La cirugía y el posoperatorio transcurrieron sin incidencias.

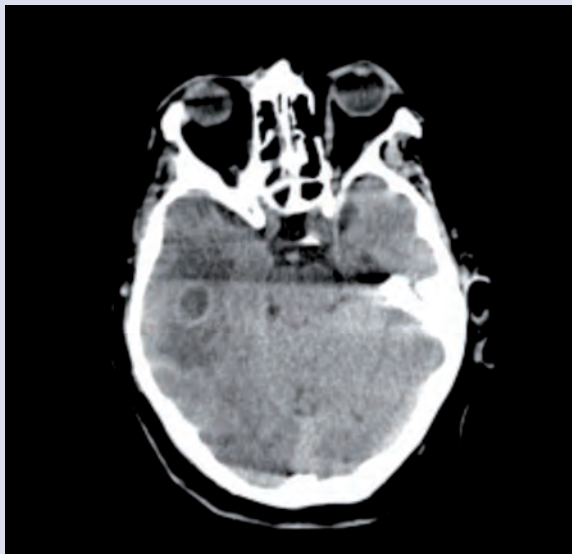


Figura 1

## EVOLUCIÓN

Los resultados del cultivo del absceso cerebral y del exudado del oído derechos son positivos para *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumoniae* y *Enterococcus faecalis*. Por la sensibilidad marcada en el antibiograma se varía la antibioterapia a cefepime (2 g iv /8 h) y ampicilina (18 g iv/día), así como ciprofloxacino tópico.

Es dado de alta, asintomático, a los 30 días de la atención en Urgencias.

Permanece asintomático y, tras realizar descenso progresivo de la dosis de levetiracetam, ya ha abandonado el mismo.

Está pendiente de cirugía de colesteatoma contralateral, por riesgo de nueva complicación infecciosa grave.

## CONCLUSIONES

La infección banal que generalmente supone una otitis se puede complicar gravemente, especialmente si existe una predisposición anatómica por parte del paciente. Ésta suele ser bilateral y es subsidiaria de tratamiento quirúrgico.

Toda meningitis requiere un estudio etiológico exhaustivo para aclarar la causa y prevenir las recurrencias posibles.

El tratamiento del absceso cerebral debe ser agresivo, tanto médico como quirúrgico si está indicado.

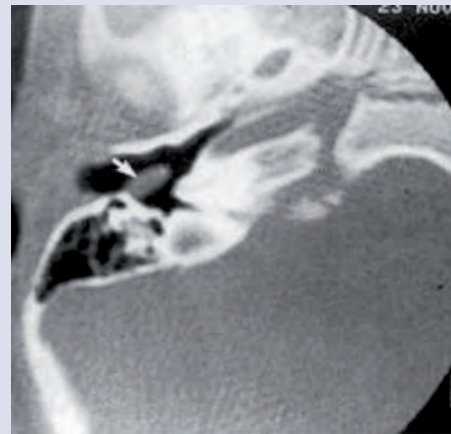


Figura 2

La otitis media aguda es una infección que requiere antibioterapia empírica agresiva.

Pensar en esta posibilidad también en pacientes con procesos infecciosos odontológicos y con "piercing" en cavidad oral (sobre todo linguales).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adachi, J; Uki J; Kazumoto K; Takeda F: Diagnosis of brainstem abscess in the cerebritis stage by magnetic resonance imaging--case report. *Neurol-Med-Chir-Tokyo*. 1995 Jul;35(7):467-70.
2. Alderson, D; Strong, AJ; Ingraham HR; et al: Fifteen-year review of mortality of brain abscess. *Neurosurgery* 1981;8:1-6.
3. Canale DJ: William McEwen and the treatment of brain abscesses revisited after one hundred years. *J Neurosurg* 1996;84:133-42.
4. Carey, ME.: Pyogenic brain abscess. In Long, DM. *Current Therapy in Neurological Surgery* 1985-1986. Edit B.C Decker Inc, Toronto, Canadá, pp 124-127, 1985.
5. Dolan-RW; Chowdhury-K.: Diagnosis and treatment of intracranial complications of paranasal sinus infections. *J.Oral-Maxillofac Surg*. Sep; 1995;53(9):1080-7.
6. Dyste, GN; Hitchon, PW; Menezes, AH.: Stereotaxic surgery in the treatment of the multiple brain abscesses. *J Neurosurg* 1988;69:188-94.
7. Estirado de Cabo, E; Arzuaga Torre, JA; Roman Garcia, F; del Pozo Garcia, JM; Perez Maestu, R; Martinez Lopez de Letona, J: Cerebral abscess. Clinical review of 26 cases. *Rev-Clin-Esp*. 1995 May;195(5):304-7.

## COMENTARIO EDITORIAL

De nuevo la aparición de crisis epiléptica en urgencias es sospechosa de patología grave en urgencias, los pacientes con primocrisis son pacientes que requieren un proceso diagnóstico de urgencia y en los cuales casi siempre es necesario una prueba de imagen cerebral y ocasionalmente la realización de punción lumbar. En este paciente había un hecho, la otorrea purulenta, que provocaba ya desde el inicio de la sintomatología encefálica pistas del origen de la afectación cerebral. Este caso de absceso cerebral (AC) secundario a una infección ótica media con colesteatoma bilateral demuestra una sucesión de hechos clínicos que pueden ser útiles para el médico de urgencias.

El AC es una infección supurada y focal dentro del parénquima encefálico, rodeada típicamente de una cápsula vascularizada, este es una infección intracraneal relativamente rara, con incidencia de casi 0.3 a 1.3 casos por 100 000 personas al año. Entre los trastornos o situaciones predisponentes están otitis media y mastoiditis, sinusitis paranasal, infecciones intratorácicas, traumatismo craneoencefálico penetrante, o procedimientos neuroquirúrgicos e infecciones dentales o bucales. En individuos con buena respuesta inmunitaria y occidentales, los patógenos más importantes incluyen especies de *Streptococcus* (40%), enterobacterias (25%), anaerobios (30%) y estafilococos (10%). La patogenia puede ser: 1) propagación directa desde un foco de infección craneal contiguo, como sinusitis paranasal, otitis media, mastoiditis o infección dental; 2) después de un traumatismo craneal o de una intervención neuroquirúrgica, o 3) como resultado de la diseminación hematológica desde un foco infeccioso distante. Hasta en 25% de los casos no se encuentra algún foco primario de infección (AC criptógeno). Si bien un tercio de los abscesos cerebrales tiene como punto de partida otitis media y mastoiditis, a menudo también con un colesteatoma acompañante, como ocurrió en este caso. Clínicamente en el 50 % de los pacientes aparece la clásica tríada clínica de cefalea, fiebre y déficit neurológico focal. El síntoma más frecuente en individuos con un absceso encefálico es la cefalea, sólo en la mitad de los pacientes hay fiebre en el momento del diagnóstico, las crisis ocurren en un 15 a 35% de los enfermos. El diagnóstico y la identificación del agente etiológico con tinción de Gram y cultivo del material obtenido por aspiración con aguja del absceso, orientada con técnica estereotáctica. La punción lumbar no debe realizarse en aquellos en que se ha confirmado la sospecha de infecciones intracraneales focales como abscesos o empiema; el análisis del LCR no aporta dato útil alguno para el diagnóstico o el tratamiento, y la punción lumbar agrava el riesgo de herniación cerebral. La terapéutica óptima de los abscesos encefálicos comprende una combinación de antibióticos parenterales en dosis altas y drenaje neuroquirúrgico. La aspiración y el drenaje del absceso bajo guía estereotáctica son útiles tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. La resección completa de un absceso bacteriano mediante craneotomía o craniectomía por lo general se reserva para los abscesos multiloculados o para aquellos donde fracasa la aspiración estereotáctica. El tratamiento médico solo no se considera adecuado para el absceso cerebral, y debe reservarse para aquellos pacientes cuyos abscesos no puedan aspirarse ni drenarse quirúrgicamente, para pacientes seleccionados con abscesos pequeños (<2 a 3 cm) o no encapsulados (cerebritis), y para los enfermos cuyo estado general es tan delicado que no permite una intervención neuroquirúrgica. Todos los pacientes deben recibir un mínimo de seis a ocho semanas de tratamiento antibiótico parenteral. Además del drenaje quirúrgico y la antibioticoterapia, los pacientes deben recibir tratamiento anticonvulsivo profiláctico por el alto riesgo de convulsiones focales o generalizadas (cerca de 35%).

En nuestra opinión se trata de un excelente caso donde existen preguntas y dudas ya planteadas por los autores como es: ¿cual fue la etiología de la meningitis que tuvo inicialmente el paciente? La respuesta es que probablemente fue ya mediada por el colesteatoma y la patología ótica y que después provocaría el AC.

Félix González Martínez.  
Urgencias del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca