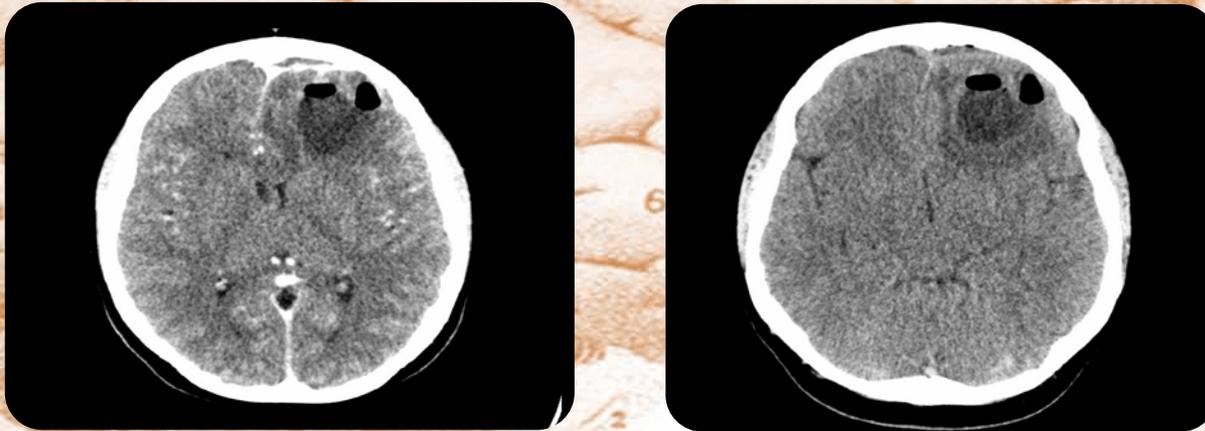


# ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS

M.A. GUILLÉN PÉREZ; S. HERNANGOMEZ VÁZQUEZ; M.E. ORÓS MILIÁN; M.E. ALONSO CRISTOBO; A.J. PÉREZ DÍAZ; C. GARCÍA-BERMEJO GARCÍA.  
SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO. ARANJUEZ, MADRID.

**INTRODUCCIÓN:** El absceso cerebral es una infección del parénquima cerebral resultante de la extensión de una infección localizada en regiones anatómicas contiguas, de la diseminación hematógena de infecciones distantes o de la invasión directa cerebral. El diagnóstico de esta entidad es difícil, sobre todo en fases iniciales, y continúa presentando una alta mortalidad (10%). A continuación presentamos el caso clínico de una adolescente con absceso cerebral secundario a sinusitis.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 14 años de origen venezolano que consulta por cuadro de 48 horas de evolución consistente en cefalea fronto-occipital intensa, vómitos y fiebre. Dos semanas antes había presentado cuadro de rinorrea, cefalea frontal y fiebre, catalogado de sinusitis y que fue tratado con amoxicilina oral durante una semana con mejoría. Entre sus antecedentes personales y patológicos destacaba un ingreso a los 9 años de edad por broncoespasmo moderado y seguimiento en consulta de Endocrinología y Ginecología por Síndrome de Ovario Poliquístico, en tratamiento con metformina. Exploración física: Regular estado general con facies de dolor, fiebre y acantosis nigricans en cuello y axilas. Presencia de signos meníngeos positivos. Análisis sanguínea: Leucocitos 23.960/mm<sup>3</sup>; Neutrófilos 22.610/mm<sup>3</sup>; Proteína C Reactiva 91 mg/l. Ante la sospecha clínica de meningitis/absceso cerebral se decide realizar TC cerebral previa a la realización de punción lumbar.



Figuras 1 y 2. Ambas imágenes muestran el absceso cerebral frontal con realce anular y burbujas de aire en su interior.

La TC cerebral con contraste muestra una masa intraaxial frontal de 3,76x 3,88 cms que presenta realce anular y centro hipodenso por necrosis y burbujas de gas en su interior, compatible con absceso cerebral frontal izquierdo (Fig. 1 y 2). La paciente es urgentemente intervenida quirúrgicamente con drenaje extenso del absceso y limpieza de senos paranasales. Se inicia antibioterapia intravenosa de amplio espectro con Ceftriaxona, Meropenem y Vancomicina. Tras el aislamiento en el cultivo directo del absceso de *Fusinobacterium nucleatum* y *Streptococcus sp.*, se añade Metronidazol al tratamiento. La paciente presentó evolución tórpida, con aparición de fístula de LCR y reaparición precoz del absceso, que precisó reintervención quirúrgica. Tras ello se completó tratamiento antibiótico de amplio espectro durante 2 meses. Posteriormente la paciente ha presentado buena evolución clínica, sin que hasta el momento se evidencien secuelas neurológicas.

**CONCLUSIONES:** Los abscesos cerebrales suelen ser únicos y polimicrobianos. Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Streptococcus sp* y anaerobios. Entre las vías de infección destacan las producidas por focos supurativos contiguos, sobre todo por infecciones del ámbito otorrinolaringológico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la cefalea (60%), la fiebre (50%), el edema de papila (40%) y la presencia de signos meníngeos (35%). Las pruebas diagnósticas de elección son la TC cerebral con contraste y el cultivo directo del absceso. Las pruebas complementarias rutinarias son poco esclarecedoras y para llegar al diagnóstico hace falta un alto índice de sospecha. Generalmente, el tratamiento consiste en una asociación de tratamiento antibiótico de amplio espectro y tratamiento quirúrgico. No son infrecuentes las complicaciones y recidivas tras el tratamiento, como en nuestro caso.