

Absceso cerebral

Mención de un caso atípico

Por los Dres.:

GIL MARÍN FERNÁNDEZ,^(*) HUMBERTO HERNÁNDEZ Z.,^(**) JUAN DÍAZ SARDUY,^(***)
ANTONIO FERNÁNDEZ-BOUZAS C. ^(****) Y NÉSTOR ACOSTA^(*****)

Los abscesos cerebrales son masas expansivas intracraneales, que suelen evolucionar rápidamente hacia la muerte si no son diagnosticados a tiempo e intervenidos quirúrgicamente.²

Aún en estas condiciones la mortalidad de los casos de absceso cerebral en la era preantibiótica llegaba hasta el 75%.

Loeser y Scheinberg dividieron los casos por ellos tratados en tres períodos; período de las sulfas, con un 47% de mortalidad, período de la penicilina, con un 24% de mortalidad y un 19% de mortalidad en el período de los antibióticos de amplio espectro.³

Prácticamente todos los autores, están de acuerdo en que los abscesos cerebrales no tratados llevan a la muerte al paciente.

Es muy importante la localización topográfica de la lesión pues en los abscesos cerebrales no localizados, la mortalidad operatoria se eleva, jugando

la radiología un papel de gran valor en la exactitud de dicha localización.

1, 2, 3, 4, 5, 6

CASO CLÍNICO

Paciente J. G. S. Historia Clínica número 84077.

Niño de 8 años de edad, de la raza mestiza, que ingresa en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Infantil de Santiago de Cuba, el 15 de enero de 1965, con el diagnóstico de macrocefalia y crisis convulsivas.

A la edad de 3 años y en aparente estado de salud anterior, comienza a presentar supuración purulenta por el oído izquierdo y temperatura de 38 grados C; al mes del comienzo de la supuración, el paciente presenta crisis convulsivas tónico-clónicas localizadas al hemisferio izquierdo y cuadro de estupor que lo mantiene encamado durante unos treinta días aproximadamente, siendo tratado en esta ocasión con antibióticos.

Después de este proceso, le notan que la cabeza "le crece demasiado" y déficit motor del hemisferio izquierdo.

Las crisis convulsivas persisten hasta la actualidad, con las mismas características señaladas.

(*) Neurocirujano de los Hospitales Provincial e Infantil de Santiago de Cuba.

(**) Neurocirujano de los Hospitales Provincial e Infantil de Santiago de Cuba.

(***) Radiólogo de los Hospitales Provincial e Infantil de Santiago de Cuba.

(****) Radiólogo de los Hospitales Provincial e Infantil de Santiago de Cuba.

(*****) Patólogo del Hospital Infantil.

Antecedentes patológicos familiares:

Padres vivos y sanos. Niegan tuberculosis y lúes. No consanguinidad. Nueve hermanos (todos han sido convulsivantes febriles). Un hermano de 11 años padece de crisis convulsivas.

Antecedentes pre-natales, natales y post-natales: Embarazo a término normal. Parto domiciliario. Llanto inmediato. Buena succión. No ictero.

Desarrollo psicomotor: Sostuvo la cabeza a los tres meses. Se sentó a los siete meses. Caminó al año. Comenzó a hablar al año y medio.

Antecedentes patológicos personales: Tifoidea, ascariasis y tricocefalosis.

Examen físico general: Desproporción cráneo-facial. Peso 50 libras. Talla 127 cms. Perímetro cefálico 60.5 cms. Hernia inguinal izquierda.

Examen neurológico: Marcha hemiparética izquierda. Hipertonía del hemicuerpo izquierdo. Hipotrofia muscular de los miembros izquierdos. Hemiparesia izquierda. Fuerza muscular disminuida en el hemisferio izquierdo. Clonus aquiliano izquierdo. Sensibilidad superficial y profunda conservadora. Atrofia óptica del ojo derecho con una mancha de corioretinitis. Hemianopsia homónima derecha. Disminución de la agudeza visual. Paresia facial central izquierda.

Exámenes complementarios:

Hemograma, Hematocrito, Eritrosedimentación, Serología y Proteínas totales: Normales.

Heces fecales: E. Coli y Giardia lamblia.

Líquido céfaloraquídeo: Células: 2 por mmc. Proteínas: 60 mgs.

Glucosa: 80 mgs. $\%$. *Cloro:* 700 mgs. $\%$. *Pandy:* X. *Cultivo:* negativo.



Fig. 1. Placa A.P. de cráneo. Imagen circular calcificada.

Electroencefalograma: Asimetría de voltaje con disminución del mismo y lentificación del ritmo en el hemisferio derecho.

Cráneo: Placa ántero-posterior: Macrocefalia con desproporción. Cráneo-facial manifiesta. Imagen circular de



Fig. 2. Placa lateral de cráneo. Obsérvese la imagen circular calcificada, vista en la Fig. 1.



Fig. 3. Neumoencefalograma. Obsérvese el desplazamiento del sistema ventricular hacia la izquierda.

densidad cálcica con un diámetro aproximado de 8 cms., que por su borde



Fig. 4. Se observa gran desplazamiento de la cerebral anterior hacia la izquierda y del grupo silviano hacia afuera y abajo, delimitando una zona avascular. Angiografía carotídea derecha. Placa anteroposterior.

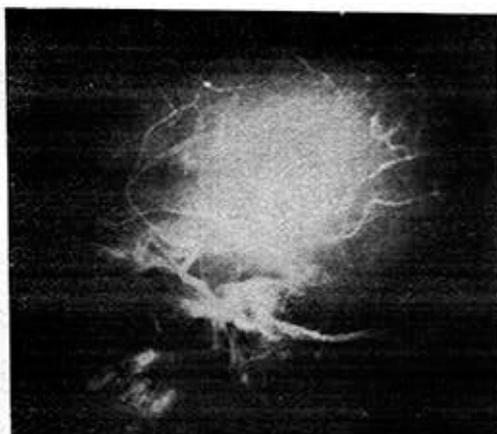


Fig. 5. Angiografía carotídea derecha. Placa lateral. Desplazamiento de la arteria pericallosa en toda su extensión hacia la izquierda y hacia adelante y arriba. La arteria cerebral media está desplazada hacia abajo.

interno rebasa la línea media. (Véase Fig. 1).

Placa lateral: Esta imagen tiene forma de ovoide irregular, midiendo 14 cms. de longitud ánteroposterior y una altura de 6 cms.; extendiéndose desde 4 cms. por delante de la sutura coronal hasta la región parietal posterior. (Fig. 2).

Impresión: Masa expansiva de paredes calcificadas, de naturaleza posiblemente quística.

Neumoencefalograma: Los ventrículos laterales están dilatados y ambos y el tercer ventrículo no dilatado, están desplazados hacia el lado izquierdo; llegando el borde interno de la calcificación a un mm. de la pared externa del cuerpo del ventrículo lateral derecho.

Impresión: Masa expansiva de paredes calcificadas y aspecto quístico, que desplaza los sistemas ventriculares a la izquierda. (Fig. 3.)

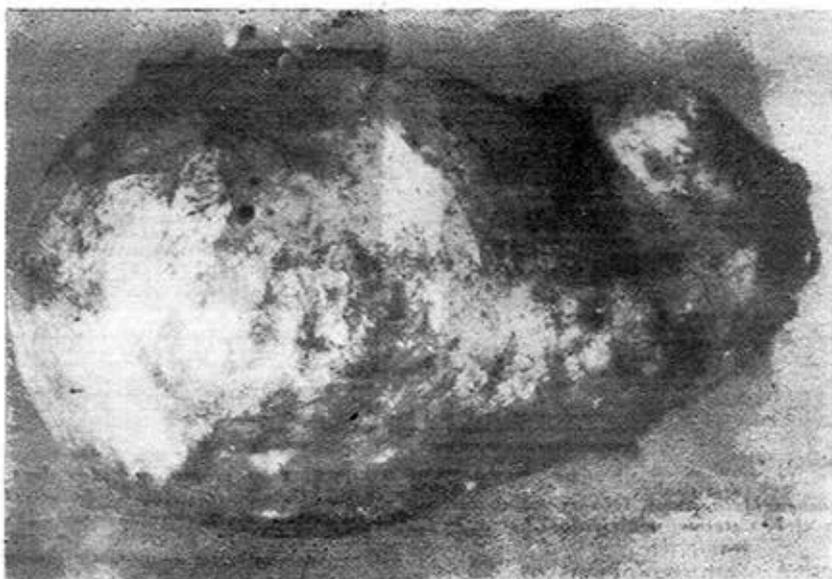


Fig. 6. Pieza operatoria. Absceso calcificado.

Angiografía carotídea derecha: Los vasos cerebrales en su porción basal están desplazados hacia abajo. La arteria pericallosa tiene un marcado des-

plazamiento, en toda su extensión hacia la izquierda y hacia adelante y arriba.

La arteria cerebral media está mar-

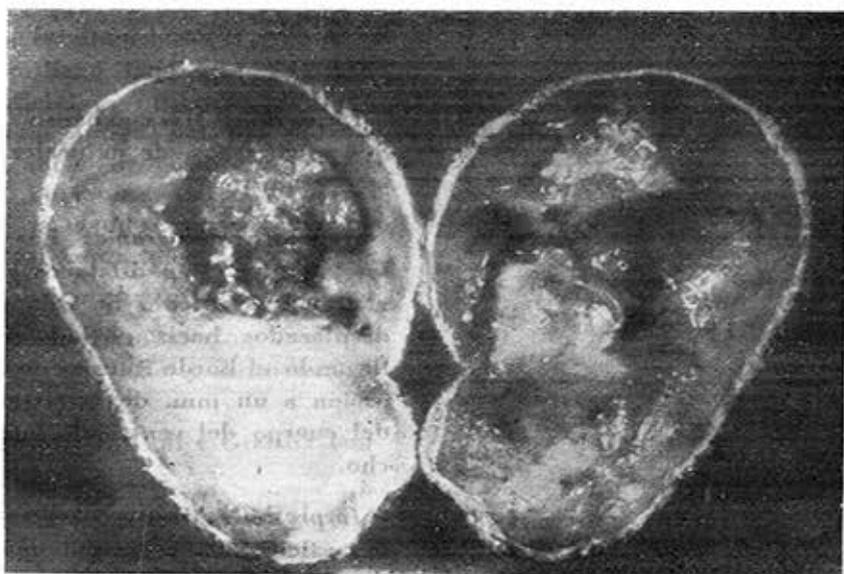


Fig. 7. Pieza operatoria abierta a la mitad.



Fig. 8. Enfermo al ser dado de alta. Se observa la parte anterior de la incisión quirúrgica.



Fig. 9. El enfermo visto de lado. Se observa la cicatriz quirúrgica.

cadamente desplazada hacia abajo. La masa antes citada es avascular.

Impresión: Masa expansiva, que por los antecedentes del paciente y por sus características radiológicas, pudiera corresponder a un absceso cerebral, con las paredes calcificadas. (Fig. 4 y 5).

Informe operatorio: En el acto operatorio se encontró un gran absceso con las paredes calcificadas.

Dicha pared tenía un espesor de 2 mms. aprox. (Figs. 6 y 7).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Mencionamos este caso de absceso cerebral por lo atípico de la evolución clínica y por las peculiaridades del cuadro radiológico.

Es una lesión que ha evolucionado en 5 años, pero aún cuando los abscesos cerebrales pueden evolucionar crónicamente, esta cronicidad se reduce a un año de evolución clínica.²

En este caso el contenido de la cavidad era estéril, hecho que no constituye una rareza pues algunos autores mencionan entre un 20 y un 30% de abscesos estériles.³

RESUMEN

Mencionamos un caso de absceso cerebral con una atípica evolución crónica de 5 años y con un cuadro radiológico en el cual a los datos de hipertensión intracraneal se añadía la completa calcificación de la cápsula de la lesión. (Figs. 8 y 9).

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Camp, J. D.: Significance of intracranial calcification in the Roentgenologic Diagnosis of intracranial neoplasms. *Radiology* 55: 659-667. 1950.
- 2.—Ley, A.: Absceses Cerebrales. Ira. Ed., Salvat Editores, S. A. Barcelona. 1950.
- 3.—Loeser, E., and Scheinberg, L.: Brain Abscesses. A review of Ninety-nine cases. *Neurology* 7: 601-609, 1957.
- 4.—Mac Lean, J. A.; and Levy, L. F.: Calcified subdural hematoma. Case Report. *Neurology* 5: 520-524. 1955.
- 5.—Pendergrass, E. P., Schaeffer, J. P., and Hodes, P. J.: The Head and Neck in Roentgen Diagnosis. 2a. Ed., pp. 1221. Tomo II. Charles C. Thomas Publisher. Springfield, Illinois, 1956.
- 6.—Sching, H. R., Baeusch, W. E., Friedl, E., and Vehlinger.: Roentgen Diagnostico. 5ta. Ed., pp. 1713. Tomo II, Salvat, Editores S. A., Barcelona.