

ABSCESOS ENCEFALICOS

G. TROCCOLI, J. OTERO, R. DRIOLLET LASPIUR

Instituto de Neurocirugía Costa Buero

Los abscesos encefálicos permanecen entre aquellas patologías neuroquirúrgicas en las que la morbimortalidad persiste alta. El diagnóstico precoz puede posibilitar un tratamiento médico que, en algunos casos, puede resultar curativo. Cuando esto no sea factible se debe realizar el tratamiento quirúrgico que brinde mejores resultados.

Se presentan 24 casos de absceso encefálico internados en el Instituto de Neurocirugía "Costa Buero" entre enero de 1976 y diciembre de 1985.

La edad osciló entre 31 meses y 61 años. Seis pacientes eran mujeres y dieciocho eran hombres.

Las causas más frecuentes eran otitis crónica y procedimientos neuroquirúrgicos.

La ubicación más frecuente fue el lóbulo frontal (11 casos) y el temporal (7 casos), existiendo una relación directa entre ubicación encefálica y causa primaria del absceso.

Los gérmenes más comúnmente hallados fueron el estreptococo y el estafilococo aureus, aunque en el 41% de los casos los cultivos fueron negativos.

El tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico osciló entre 36 horas y 45 días. Los síntomas más frecuentes fueron los correspondientes a hipertensión endocraneana y déficits neurológicos.

En todos los casos se empleó la tomografía computada como método diagnóstico con una efectividad del 100%, permitiendo en algún caso

efectuar diagnóstico en períodos precoces de la enfermedad (etapa de cerebritis).

En todos los pacientes el tratamiento inicial consistió en antihipertensores cerebrales, antibióticos y anticomiciales. En dos de los casos (tratados en fase de cerebritis) esto fue lo único empleado, lográndose la curación.

En 4 casos se efectuó punción y aspiración (tapping), con recidiva del absceso en dos pacientes. En 16 amplia craneotomía y exéresis total del absceso, lográndose la curación en 13 pacientes, falleciendo los otros tres.

Desde un punto de vista epidemiológico, y clínico, nuestra serie no difiere de otras publicaciones.

Es importante remarcar la necesidad de efectuar cultivos en medios que permitan el desarrollo de gérmenes anaeróbicos, que muchas veces son la causa del absceso y no desarrollan en medios de cultivo habituales.

La TC demostró ser el único medio complementario de diagnóstico con alta efectividad. Efectuando el contraste endovenoso se pueden detectar fases precoces (cerebritis) con un refuerzo de toda la zona hipodensa en forma homogénea o un refuerzo anular que permanece con valores densitométricos constantes durante 60 minutos, lo que lo diferencia del refuerzo anular de la cápsula (éste decae en su densidad lentamente luego de 10 o 15 minutos).

En los casos de duda, se puede recurrir al centellograma utilizando leucocitos del pacien-

te marcados con Indium 111; habrá captación patológica sólo en procesos inflamatorios, descartando tumores, infartos, etc.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, somos partidarios de una exéresis completa del absceso (incluyendo la cápsula) a través de una amplia craneotomía. Reservamos la punción y aspiración del contenido purulento para aquellos pacientes en mal estado general o en abscesos de ubicación profunda, en que pueden emplearse técnicas estereotáxicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Alderson D, Strong AJ, Ingham HR: Fifteen-year review of the mortality of brain abscess. *Neurosurgery* 8:1-6, 1981.
2. Berg B, Frankling G: Nonsurgical cure of brain abscess. *Ann Neurol* 3:474-478, 1978.
3. Britt RH, Enzmann DR: Clinical stages of human brain abscess on serial TC scans after contrast infusion. *J Neurosurg* 59:972-989, 1983.
4. Choudhury AR, Taylor JC: Primary excision of brain abscess. *Br Med J* 2:1119-1121, 1977.
5. Hirsch JF, Roux FX, Renier D: Brain abscess in childhood. *Child's Brain* 10:251-265, 1983.
6. Hubschmann OR, Weisbrot FJ: Multiple streptococcal brain abscess successfully treated by craniotomy and needle aspiration. *Surg Neurol* 17:57-61, 1982.
7. Rehncrona S, Brismar J: Diagnosis of brain abscesses with Indium 111-labeled leukocytes. *Neurosurg* 16:23-26, 1985.
8. Spierer Z: Complete recovery from an apparent brain abscess treated without neurosurgery. *Clin Pediatr* 21:106-109, 1982.
9. Wise BL, Gleason CA: CT-directed stereotactic surgery in the management of brain abscess. *Ann Neurol* 6:457-459, 1979.