

ABSCEOS CEREBRALES

H. GIOCOLI, B. J. ODORIZ

Cátedra de Neurología - Neurocirugía. Facultad de Medicina, U.N.C.

PALABRAS CLAVES: Absceso cerebral - Infección S.N.C. - Tratamiento quirúrgico

Introducción

La mortalidad de los abscesos cerebrales continúa siendo alta, (1, 8, 4, 11) nuestra experiencia y el repaso de la bibliografía a nuestro alcance, nos muestran que, el advenimiento de la tomografía axial computada de cerebro mejora aquella, pero no la lleva a cifras tranquilizadoras.

Vemos asimismo que no hay coincidencia y metodología en el enfoque de estas lesiones, en particular en cuanto a oportunidad y tipo de intervención quirúrgica, pese a las medulosas

y en ocasiones elevadas casuísticas publicadas, (12, 4, 15).

Material y Métodos

Nuestra experiencia en los 10 últimos años es de 11 pacientes portadores de abscesos cerebrales cuya distribución por edad nos da una media de 43,4 años, 9 hombres y 2 mujeres, a localización: frontales 3, temporales 3, 4 parietales y uno de tronco cerebral. Su patogenia es hematológica, (o metastásica) en 6 casos, 3 otógenas, 1 traumática y una de origen desconocido.

Caso No.	Sexo	Edad	Patogenia	Clínica	Localización	Germen	Trat.	Resultados
1	M	44	Hematóg.	T. Psiqui. SHE Hemiparesia	Frontal der.*	Parac. micosis Brasilien	3	Hemipar. residu. T
2**	M	52	Hematóg.	Coma-SHE Hemiplejia	Frontal	Hemophylus streptococo	1	Hemipar. residual
3	M	50	Hematóg.	Coma I Hemiplejia SHE	Parietal der.	Hemophylus	1	
4	F	35	Otógena	Confusión Hemiparesia SHE	Temporal izq.	Aerobios Anaerob.	2	Asintomat.
5	M	26	Otógena	Coma SHE Hemiplejia	Temporal izq.*	Aerobios Anaerob.	4	
6**	M	42	Hematóg.	Confusión convulsiones	Parietal izq.	Streptococo	2	Convuls.
7**	M	42	Hematóg.	Coma II. Hemiparesia	Frontal der.	Hemophylus Streptococo	2	Asintomat.
8	M	50	Hematóg.	SHE Trat. de concien.	Parietal der.	—	4	Asintomat.
9**	F	38	tec otógeno	t° SHE leve	Parietal post-izq.	Stafilococo	1	Asintomat.
10	M	45	Proyectil arma de fuego	Plejia braq. Convulsiones	Temporal izq.	Neumococo Stafilococo	3	Hemiparesia
11**	M	50	—	Cuadruplejia SHE; hidrocef.	Tronco cerebral	—	—	espástica

* Lesiones multiloculares.

** Diagnóstico preoperatorio por TAC erróneo.

La manifestación clínica de estos pacientes fueron en orden de frecuencia cefaleas, síndrome febril, signos de localización neurológica, síndrome de hipertensión endocraneana, en cuatro casos, severos trastornos de la conciencia y un caso, muy rico en sintomatología, de localización de tronco cerebral. 9 de estos pacientes se estudiaron sistemáticamente según la época con: EEG, angiografía y/o TAC, los 2 casos restantes no pudieron tabularse.

Estimamos coincidiendo con Carey, Chou, Harispide, Black, Rosenbaum y otros en la prioridad de los estudios electroencefalográficos y tomográficos, no olvidando que la angiografía, puede aun ser complemento de aquellas y en ocasiones, como lo señala Kazner, ser muy útil en el diagnóstico diferencial con otras lesiones tumorales. En nuestra serie la mortalidad es baja, y coincide con la era pre-tomográfica, pero la morbilidad es aun muy alta dado que el 55,5% de los pacientes tienen lesiones seculares, (consideramos secuelas aun aquellas lesiones como las convulsiones asintomáticas por tratamiento médico). Ante la sospecha de absceso cerebral sugerimos evitar la punción lumbar, estimando que sus riesgos superan los beneficios, como puede ser la objetivación de presión elevada, las células y la albúmina aumentada. Con estos criterios y un cuadro clínico de lesión focal poco definido, convulsiones, hipertensión y SHE, se debe sospechar y buscar la posible existencia de un absceso cerebral.

La conducta inmediata ante un paciente con un absceso cerebral depende del estado del sensorio, (como lo señala Jruszkiewicz, el compromiso de la conciencia ensombrece el pronóstico). Efectuamos tratamiento antiedema, (Manitol al 15%), antibioticoterapia en dosis generosas, (asociamos ampicilina y aminoglicósidos), y estudios contrastados, TAC y/o angiografía, que confirmen nuestra sospecha clínica. Si la evolución es satisfactoria, entendemos que se está logrando su encapsulación, lo cual permitirá un abordaje quirúrgico óptimo, en caso contrario, se debe recurrir de inmediato a la cirugía, a la que intentamos esquematizar:

1. trepanopunción-drenaje, 2. trepanopunción-aspiración-instilación (antibióticos y bario), 3. croneotomía-exéresis, 4. craneotomía-aspiración-exéresis.

En la serie se efectuaron 3 cirugías de tipo 1, 3 de tipo 2, 2 del tipo 3 y 2 de tipo 4, no siendo operado 1 paciente.

Conclusiones

Es evidente la notable mejoría de la mortalidad con el advenimiento de la tomografía computada, pero debemos recordar que ésta localiza pero no diagnostica. Aun así persiste una morbilidad alta y una mortalidad que entendemos podría ser menor aún, para lo cual sugerimos:

- a) Valorización de estudios simples y aun útiles como la EEG.
- b) Valorización de estudios simples y aun útiles como la EEG.
- c) Operación mínima de urgencia ante un compromiso sensorial, cuyo objetivo es:
 1. disminuir la presión intracraneana
 2. obtener material para cultivo
 3. instilación de antibióticos en la cavidad
 4. instilación de un market de bario para seguimiento.
 5. aspiración y lavajes cada 24 horas de la cavidad con antibióticos, control por Rx simple en los mismos lapsos de la imagen abscedada marcada.

Coincidimos con Jruszkiewicz en que la remoción total no es lo ideal si se puede efectuar drenaje prolongado, que la exéresis no se justifica si se basa en el concepto de que con ella se previenen convulsiones, y que ésta solamente se justifica cuando la evolución y el control tomográfico muestran falta de respuesta terapéutica.

Insistimos y reiteramos que a la fecha el absceso cerebral debe considerarse una patología importante por su frecuencia y morbi-mortalidad, que debe ser manejada con mesura y cuidados rigurosos, y que su pronóstico es en la actualidad reservado, aun en las mejores condiciones. Recordemos ante un paciente portador de un absceso "... el punto capital, sobre el cual nunca se insiste lo bastante, es la posibilidad de evolución rápida de los abscesos: la muerte puede sobrevenir a cualquier hora después de la

aparición de los primeros signos clínicos" (Harispide).

BIBLIOGRAFIA

1. Clarck et al: The use of micropaque barium sulphate in the treatment of abscesses of the brain. *Neurochirurgia*, 4:211-217, 1962.
2. Chou SN, Story JL, French LA, et al: Some angiographic features of brain abscess. *J Neurosurg*, 24:693-696, 1966.
3. Clarke PR: Gas Gangrene Abscess of the Brain. *Journal Neurosurg*, 31:391-392, 1979.
4. Carey ME, Chou SN, French LA: Experience with Brain Abscess. *J Neurosurg*, 362-1, 9, 1972.
5. Borroum, Lewis & Cannillo: *Surg Neurol*, 55: 794-799, 1981.
6. Stephanof: *J Neurosurg*, 29:199-203, 1978.
7. Giocoli H, Negróni R: Paracoccidioidomicosis Brasileña a forma tumoral cerebral. *Boletín de la Asociación Argentina de Neurocirugía*, No. 13, pp. 45, 1973.
8. Black P, Graybille G, Charoche P: Penetration of brain abscess, systematically Administrate Antibiotic. *J Neurosurg.*, 38:705-709, 1973.
9. Heineman, Braudej, Hosterholm J: *JAMA*, 212-215, 1971.
10. Jruszkiewicz J, Doron Y, Peysert E, et al: Brain Abscess an its surgical management. *Surg Neurol*. 18: 7-17, 1982.
11. Rosenbaum M, Hoff J, Norman D: Decrease mortality brain abscess since advances of computerized tomography. *J Neurosurg*, 49:658-668, 1978.
12. Shu Yuan: *J Neurosurg*, 55:794-799, 1981.
13. Salvat J, Fernández Boan O: Granuloma aspergilótico abscedado de cerebro. *Boletín de la Asociación Argentina de Neurocirugía*, No. 22, pp. 30, 1977.
14. Vázquez Villa C, Insúa R: Consideraciones sobre el tratamiento de los abscesos de cerebro. *Boletín de la Asociación Argentina de Neurocirugía*, No. 11, pp. 39, 1977.
15. Arseni C, Ciurea JZ: *Zentralbl Neurochir*, 43: 271-290, 1982.
16. Wende S, Grumet, Kazner E: Computed tomography in intracranial tumors (differential diagnostics and clinical aspects), 405-412, 1980.
17. Harispide L: ARCES du cerveau et empyemes intracraniens. *Encycl Med Chir, Paris, Système nerveux*, 17485 A-10, 1975.