Neurocirugia. 2022;33(Espec Congr):225

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-111 - ROTURA INTRAVENTRICULAR DE UN ABSCESO CEREBRAL PIÓGENO (IVROBA): CASO ILUSTRATIVO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.Á. Ruiz Ginés[1], J.A. Ruiz Ginés[2], M.P. Picazo Perea[1], M. Fernández-Rufete Lozoya[1], D. Melguizo Melguizo[1], P. Fuentes Bullejos[1], M.C. Lorenzo Lozano[1] y J.B. Calatayud Pérez[2]

[1]Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. [2]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción: La rotura intraventricular del absceso cerebral (IVROBA) es una grave, temida y rara complicación del absceso cerebral (AC) piógeno (incidencia: 0,3-35%). Fisiopatológicamente, parece depender del grosor capsular, al ser mayor la zona cortical que la ventricular debido a diferencias de vascularización. La mortalidad general del AC se estima en el 0-20%, siendo del 84-100% en IVROBA, considerándose prioritario un rápido y agresivo tratamiento. Su incidencia, lejos de disminuir, está aumentando. Una revisión bibliográfica actualizada muestra diez casos descritos, hasta la fecha. Presentamos el primer IVROBA descrito en nuestro país, de probable etiología odontológica, secundario a *Streptococcus intermedius* (grupo *Streptococcus anginosus*), tratado con éxito (sin secuelas) mediante combinación de DVE y antibioterapia sistémica/intratecal.

Caso clínico: Varón de 45 años, diabético tipo 2 y consumidor de cocaína. Ingresa por cuadro febril (39 ºC de cuatro días de evolución), cefalea, hemiparesia izquierda, afasia motora y estupor. En estudio neurorradiológico se objetiva colección frontoparietal derecha, edema perilesional y dilatación ventricular, compatible con AC (probable foco: otitis media crónica). Inicialmente, se instauran medidas antiedema (dexametasona-manitol-acetazolamida) y antibioterapia empírica (ampicilina-ceftriaxona-metronidazol). Ante ausencia de mejoría clínica, se implanta DVE, obteniendo LCR intensamente purulento, con notable mejoría sensible del paciente en las siguientes horas, persistiendo disfasia motora. Crecimiento de *Streptococcus intermedius* (comensal habitual del tracto digestivo, genitourinario y cavidad oral), secretor de intermilisina (enzima citolítica descrita como el mayor factor de virulencia). Precisó de antibioterapia específica a base de ceftazidima parenteral y vancomicina intratecal (6 semanas).

Discusión: La revisión sistemática de los supervivientes del IVROBA, incluido nuestro caso, refleja gran heterogeneidad de estrategias médicas y/o quirúrgicas empleadas en esta grave patología. Si bien la cirugía abierta es un pilar del tratamiento, el DVE en combinación con antibióticos intratecales e intravenosos puede resultar un tratamiento efectivo y menos agresivo, evitando la diseminación subaracnoidea de la infección.

1130-1473/© 2022 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.