

## **Absceso cerebral como complicación de una otitis media. A propósito de un caso** **Brain abscess as a complication of otitis media. About a case**

Alberto R. Pérez García (1). Nancy T. Cruz Almaguer (2), María de los A. Pedroso Rodríguez (3), Seidel Guerra López (4).

### **RESUMEN**

Se deben extremar las medidas en cuanto a la terapéutica y seguimiento de pacientes con enfermedades agudas y crónicas del oído medio pues los signos pueden consistir en una recidiva del proceso supurativo después de la respuesta inicial al tratamiento médico, la aparición de un tímpano rojizo, cefalea pertinaz, somnolencia, irritabilidad, náuseas y vómitos indican la propagación del proceso al endocráneo. Se presenta un caso de Absceso cerebral como complicación de una Otitis media, se revisa la terapéutica médica y quirúrgica. Se comentan los complementarios y la evolución del caso.

**Palabras Claves:** ABSCESO CEREBRAL, OTITIS MEDIA.

1. Especialista 1er Grado en O.R.L. Instructor.
2. Especialista 1er Grado en Imagenología. Instructor.
3. Especialista 1er Grado en Neurofisiología Clínica.
4. Especialista 2do Grado en Neurofisiología Clínica. Instructor.

### **INTRODUCCION**

Como la moderna quimioterapia ha hecho más rara la incidencia de las complicaciones otíticas, es muy importante revisar los aspectos clínicos asociados con estas complicaciones ya que el diagnóstico precoz posibilita un tratamiento médico más eficaz. En otras épocas, un elevado porcentaje de complicaciones se asociaba con la otitis media aguda virulenta 52%, mientras que, en la actualidad, muchas de ellas tienen lugar en las enfermedades crónicas del oído 76%, y son particularmente frecuentes en conjunción con el Colesteatoma. Este ha originado un problema terapéutico mucho más difícil, ya que la enfermedad otítica determinante debe ser eliminada para prevenir la recidiva de las complicaciones. Estos problemas requieren la contribución de todos los recursos de que dispone el otorrinolaringólogo (1-3).

Las complicaciones que deben considerarse son la propagación del proceso patológico más allá del oído medio, hasta las meninges, seno lateral, cerebro o porción petrosa del hueso temporal (4-5).

En orden de frecuencia, las complicaciones intracraneales son: Meningitis 34%, absceso cerebral 25% *para el lóbulo temporal 15% y para el cerebelo 10%*, laberintitis 12%, absceso extradural 3% y absceso subdural 1%. Con el abvenimiento de la terapéutica antibiótica moderna se han modificado por completo la mortalidad y la morbilidad. La tasa total de mortalidad de las complicaciones intracraneales ha descendido del 35% en la era preantibiótica al 5 % en la actualidad, mientras que la tasa de mortalidad para las meningitis se ha reducido del 80 al 22% y en el caso del absceso cerebral del 32 al 4%. Se trata sin dudas de avances notables, pero debe recordarse que los antibióticos dificultan el diagnóstico de estos procesos debido a que enmascaran los signos y síntomas de la complicación amenazante (3,5).

### **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente G.D.A. de 11 años de edad, del sexo femenino, raza blanca que ingresa en U.C.I. con el diagnóstico de Otitis Media Crónica Derecha reagudizada que unos 5 días antes recibió tratamiento con Penicilina rapilenta, en estos momentos el cuadro reaparece y nos llama poderosamente la atención la fiebre elevada de la paciente acompañando el cuadro un gran toma del estado general, cefalea intensa, e inapetencia y rigidez de la nuca , se inicia terapéutica con penicilina y Vancomicina,

se observa una evolución tórpida del caso sospechando gran agresividad del germen y dado el marcado empeoramiento de la misma se le realiza T.A.C. de cráneo urgente, donde se observa colección intraparenquimatosa en región temporo-parietal derecha, que mide 4.1 ´ 3.5 cm de diámetro que desplaza estructuras de la línea media. Se inicia tratamiento con Claforan y Ciprofoxacina. Se observa luego de un margen de espera empeoramiento gradual del cuadro, con anisocoria derecha, toma neurológica marcada con afasia motora, monoplejía braquial derecha, reflejo fotomotor lento, midriasi derecha, secreciones purulentas, fétidas de color verdoso por conducto auditivo derecho. Se decide realizar Antroaticotomía para eliminar focos séptico vecinos.

En el acto quirúrgico se constata colección purulenta en antro-mastoideo derecho, que se evacua, al mismo tiempo se realiza craneotomía, evacuándose colección purulenta intracraneal fétida y gran cantidad de tejido cerebral necrótico del lóbulo temporal derecho, se dejan drenaje en ambas cavidades. Al día siguiente en U.C.I. P., presenta ligera mejoría. A las 48 h. se retira drenaje ótico y se inicia tto. local con Ácido Acético al 2% y Gentamicina, manteniéndose la terapéutica sistémica. Desde la cirugía esta acoplada a ventilación mecánica por dificultades respiratorias de origen central. A los cinco días se retira del ventilador. A los tres días reaparece dificultad respiratoria y gran cantidad de secreciones traqueo-bronquiales realizándose traqueostomía. Se realiza TAC evolutiva que informa Hidrocefalia, se le realiza derivación del LCR al exterior. Se constatan lesiones Bronconeumónicas, añadiéndole acetilcisteína para fluidificar las secreciones. Transcurrido 29 días, se observa ulcera corneal, se trata con colirios y oclusión ocular.

Han transcurrido 43 días, se inició cierre parcial de la traqueostomía. Existe notable deterioro del estado general de la paciente.

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

\_Hb: 130 g/l, V.S.G.:120 mm., Rx. De mastoides: Se observa buena neumatización de mastoide izquierda, la derecha diploica con imagen sugestiva de Colesteatoma en proyección del antro mastoideo.

\_ L.C. R.: de la celularidad (1005 células). Cultivo con crecimiento de Neumococo.

\_ Urocultivo: Se aisló Estafilococo.

\_TAC de cráneo simple: Absceso cerebral temporo-parietal derecho de 4.1 ´ 3.5 cm. Signos de esclerosis mastoidea derecha.

\_TAC evolutiva. Empeoramiento imagenológico con halo hiperdenso centrado por un área de hipodensidad en el sitio del absceso.

\_Hemocultivo: Aislamiento de Acinetobacter.

\_ Rx. de Tórax: Lesiones inflamatorias de ambos campos pulmonares.

#### COMENTARIO

Los abscesos cerebrales a punto de partida de una otitis media es una de las complicaciones más frecuentes según reportes actuales, con la aparición de los antibióticos tendió a desaparecer, pero se ha incrementado recientemente, al parecer condicionada por la gran virulencia de los gérmenes, así como a la resistencia de los gérmenes intrahospitalarios a los antibióticos. A pesar de la descripción de una vía de transmisión hematogena, sigue siendo por propagación directa desde el oído medio y la mastoides, la causa más frecuente de complicaciones (3-5). De esta forma, la complicación otógena afecta la fosa craneal media o posterior (2).

Hay condiciones que favorecen la propagación a las meninges por vías preformadas como las líneas de fracturas del temporal, dehiscencia ósea o defecto quirúrgico, la vía laberíntica es otra de gran importancia por su relación con la fosa posterior. La tromboflebitis de los pequeños sistemas de Havers es consecutiva a la osteítis y a la osteomielitis de la mastoides así también los frecuentes colesteatomas en la patología crónica del oído (4).

La cuidadosa valoración del progreso natural de las enfermedades agudas y crónicas del oído constituyen un requisito previo para el diagnóstico de toda posible complicación (1,5).

## **ABSTRACT**

Measures should be enough in regard to the therapeutic and following of the patients with acute and chronic disease of middle ear because the signs can consist in a relapse of the suppurative process after the initial response to medical treatment, the appearance a uddish tympanum, migraine, somnolence, irritability, nausea and vomiting indicates the dissemination of the process to the endocranium. A case of cerebral abscess as a complication of otitis media is presented, the medical and surgical treatment is checked. The complementary analysis and evolution of the case is commented.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Zollner F, de Brisgovi F. Tratamiento de las infecciones crónicas. En: Barendes J, Link R, Zollner F. Tratado de Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1969.p.1348-88,1466-70.
2. Hernández P. Otorrinolaringología Práctica. 4ta ed. La Habana. Instituto del Libro; 1968.
3. Portmann M, Portmann C. Audiometría Clínica. Barcelona: Salvat; 1967.
4. Paparella M. Tumores malignos. En: Portmann M: Otorrinolaringología. 2da ed: Barcelona; 1984.p. 309-321.
5. Chole R. Chonic Otitis media, Mastoiditis and Petrositis. En: Chole R. Otolaryngology- head and neck surgery. 2da ed. Baltimore: McGraw Hill; 1995.p. 2823-64.