



## 20366 - ROTURA INTRAVENTRICULAR DE ABSCESOS CEREBRALES (IVROBA). A PROPÓSITO DE UN CASO

del Valle Vargas, C.<sup>1</sup>; Autet Bagaria, B.<sup>2</sup>; Cortés Rivera, M.<sup>3</sup>; Boronat García, P.<sup>2</sup>; Santana Moreno, D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

### Resumen

**Objetivos:** La rotura intraventricular espontánea de abscesos cerebrales (IVROBA) es una complicación rara y grave de los abscesos piógenos. Presentamos un caso atendido en nuestro centro.

**Material y métodos:** Caso clínico de IVROBA.

**Resultados:** Varón de 67 años, portador de traqueostomía por carcinoma ORL, consulta por disminución del nivel de conciencia, fiebre y secreciones purulentas por traqueostomía. TC craneal inicial sin hallazgos patológicos significativos. Progresa con estupor e insuficiencia respiratoria aguda procediéndose a intubación orotraqueal. Por coma persistente, se realiza estudio de LCR obteniendo franca piorraquia, con 53.000 células (98% neutrófilos). Se completa estudio con RM craneal que muestra dos abscesos parietooccipitales izquierdos abiertos a ventrículo lateral (IVROBA) y un tercero en pedúnculo cerebeloso izquierdo con pioventrículo tabicado e hidrocefalia obstructiva. Se aísla *Streptococcus intermedius*, comensal del área ORL. Pese a intensificación de antibioterapia y manejo de la hidrocefalia, la evolución es tórpida siendo finalmente *exitus*.

**Conclusión:** El diagnóstico de abscesos cerebrales requiere una alta sospecha, por cursar con clínica neurológica larvada y afectar incluso a población inmunocompetente. Las infecciones del área ORL o la sepsis son su principal origen. El retraso diagnóstico puede llevar a condiciones como el IVROBA, con elevada mortalidad. No existen guías para el manejo del IVROBA. Series de casos sugieren un abordaje proactivo con neuroimagen y estudio de LCR precoces y seriados, sugiriendo incluso aspiración estereotáctica lesional para aislamiento microbiológico. La antibioterapia empírica sugerida es cefalosporinas de 3.<sup>a</sup> generación y metronidazol, en base al foco más común. Otros abordajes incluyen instilación de antibiótico local/intratecal y drenaje lesional mediante DVE.