



<http://www.elsevier.es/semergen>

447/22 - ABSCESO CEREBRAL DE ORIGEN OTÓGENO

C. Fernández García¹, V. Rodríguez Rodríguez²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villayón. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boal y Centro de Salud Navia. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 74 años, acude al Servicio de Atención Continuada de Primaria refiriendo cefalea, pérdida de apetito y alteración de la marcha. Vista por su médico 12 días antes por otalgia, observando en otoscopia derecha abundante otorrea fétida que impide visualización de membrana timpánica, siendo diagnosticada de Otitis media aguda (OMA) y tratada con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg, asociación de beclometasona y cliquinol tópico y analgésicos. Antecedentes personales: discapacidad intelectual. No tratamiento. No alergias.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. COC, pupilas isocóricas normorreactivas; pares craneales normales; no rigidez de nuca, signos meníngeos negativos; marcha normal; orofaringe normal; otoscopia derecha con membrana timpánica abombada y deslustrada, no se aprecia otorrea, no signos de mastoiditis; resto de exploración sin alteraciones. Se deriva a Hospital Comarcal para descartar posibles complicaciones de la otitis, donde la exploración física, hemograma, PCR, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax y ECG no objetivan criterios de gravedad. A las 24 horas, es derivada nuevamente al hospital por fiebre (38 ° C), letargia e incapacidad para la deambulación; la analítica no muestra cambios, excepto la PCR que se elevó (21 mg/L) y TC con contraste que pone de manifiesto un absceso intracerebral en lóbulo temporal derecho de origen otógeno, con efecto masa que colapsa gran parte de los surcos temporoparietales y del ventrículo lateral derecho con desviación de la línea media. Se decide traslado a Hospital Central para realización urgente de craneotomía temporal derecha y evacuación del absceso por servicio de Neurocirugía. El hemocultivo y cultivo del material obtenido da como resultado, infección polimicrobiana en la que destacan Actinomyces y Prevotella sp sensibles a penicilinas, tratándose con meropenem IV 4 semanas con excelente evolución clínica y radiológica, optándose al alta por amoxicilina/clavulánico 875/125 oral, dexametasona 2 mg, levetiracetam 1.000 mg, y enoxiparina 40 mg sc. Actualmente sin secuelas neurológicas, pendiente de cierre dehiscencia en tegmen timpánico.

Juicio clínico: Absceso cerebral otogénico derecho.

Comentario final: La escasa presencia de complicaciones endocraneales en otitis, gracias al uso generalizado de antibióticos, condiciona un retraso en el diagnóstico y por tanto un empeoramiento del pronóstico en ocasiones letal. Una de las más frecuentes es el absceso cerebral en lóbulo temporal que en este caso se diseminó a través de erosión en tegmen antri, y cuya triada clásica (fiebre, cefalea y focalidad neurológica) se detecta muy tarde, por lo que es necesario mantener un alto índice de sospecha, en aquellas otitis en las que persistan otorrea, dolor y fiebre 10-15 días después de iniciado el tratamiento, siendo imprescindibles las técnicas de imagen (TAC, RMN) para un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

Govea-Camacho L, Pérez-Ramírez R, et al. Diagnosis and treatment of the complications of otitis media in adults. Case series and literature review. Cirugia y Cirujanos (Eng Ed). 84:398-404.

Gras Albert JR, et al. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52:15-20.