

# Masa cervical posterior después de una meningitis aséptica

Nieves Romero<sup>a</sup>, Rafael Luque<sup>b</sup>, Juan Luis Haro<sup>b</sup> y Manuel Frutos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>b</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

## Caso clínico

Varón de 26 años de origen marroquí que ingresa procedente de urgencias por cefalea occipital, fotofobia, náuseas, vómitos alimentarios y sensación febril de 4 días de evolución. Trabajaba realizando tareas de carga en un almacén y llevaba residiendo en España 4 años. Negaba toma de antibióticos en los días previos al ingreso.

En la exploración física se apreciaba una ligera desorientación y tendencia al sueño. Temperatura axilar de 39 °C, presión arterial 135/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 lat./min. La auscultación cardiorrespiratoria y el examen de abdomen, miembros y piel no mostraba alteraciones. La exploración neurológica reveló una discreta rigidez de nuca con signos de Kernig y Brudzinski negativos, sin otros hallazgos. El fondo de ojo fue normal.

En el hemograma destacaba: 20.200 leucocitos/ $\mu$ l con 85% de neutrófilos; fibrinógeno, 8,8 g/l, y velocidad de sedimentación globular de 62 mm/h, y en la bioquímica sanguínea una proteína C reactiva de 189 mg/l, siendo los restantes parámetros normales. La TC craneal fue informada como normal y se realizó una punción lumbar diagnóstica obteniéndose un LCR turbio con 10.800 cél./ $\mu$ l (95% neutrófilos), proteínas 150 mg/dl y glucosa 61 mg/dl (63% de la glucemia simultánea); las tinciones de Gram, Ziehl-Nielsen y tinta china, así como los cultivos de LCR resultaron negativos.

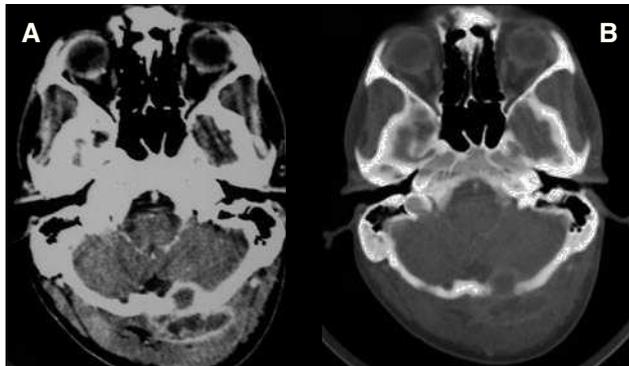
Se realizó el diagnóstico de meningitis aguda con cultivo negativo de probable origen bacteriano y se instauró tratamiento con ceftriaxona 2 g/12 h i.v. durante 10 días, quedando el enfermo afebril. La punción lumbar de control mostró normalización bioquímica con nuevos estudios microbiológicos negativos. El paciente fue dado de alta para seguimiento en consultas.

Un mes después reingresa con fiebre de 39 °C acompañada de dolor y tumefacción occipital y cervical izquierdas que impedían los movimientos del cuello y que habían ido en aumento en los días previos. En la región occipital y laterocervical izquierda se apreciaba un aumento de partes blandas, intensamente doloroso a palpación, sin fluctuación clara (fig. 1). La temperatura era de 39 °C, siendo el resto de la exploración normal.

En el análisis de sangre destacaban 16.900 leucocitos/ $\mu$ l (81% neutrófilos), hemoglobina 10,7 g/dl, proteína C reactiva 196 mg/l. En la TC craneal (figs. 2A y B) se apreció una lesión hipodensa en región occipital que perforaba el



**Figura 1.** Aumento de partes blandas en región occipital y laterocervical izquierda; intensamente doloroso a la palpación sin fluctuación clara.



**Figuras 2A y B.** TC craneal que muestra una lesión hipodensa en región occipital que perfora hueso y ocasiona una pequeña colección epidural en fosa posterior.

hueso y ocasionaba una pequeña colección epidural en fosa posterior.

## Evolución

Se realizaron dos punciones aspirativas diagnósticas con aguja fina de la masa cervical. Posteriormente se intervino quirúrgicamente al paciente: se realizó una amplia desbridación y se extrajo gran cantidad de pus, observándose una erosión de 3 cm de diámetro en hueso occipital con duramadre íntegra. Tanto en los cultivos de los aspirados como del pus extraído de la intervención quirúrgica se aisló *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina con idéntico antibiograma. El cultivo para anaerobios y hongos fue negativo.

Correspondencia: Dra. N. Romero.  
Alcalde Juan Fernández, 27, 7.º C. 41005 Sevilla. España.  
Correo electrónico: niemed21@hotmail.com

Manuscrito recibido el 6-7-2004; aceptado el 8-10-2004.

Se inició tratamiento con cefotaxima y metronidazol que se modificó a cloxacilina al conocer al antibiograma. A las 72 h de la intervención el paciente quedó afebril con mejoría clínica progresiva. Se realizaron punción lumbar y TC de control que confirmaron la buena evolución. Completó tratamiento con cefadroxilo 1 g/12 h durante 3 meses continuando afebril y sin recidivas en la revisión a los 10 meses.

## Diagnóstico

Se trata de una osteomielitis del occipital por *S. aureus* que perfora hueso causando un absceso cervical y un absceso epidural. La meningitis aséptica con patrón neutrofílico del primer ingreso pudo deberse a una reacción inflamatoria a este proceso parameningeo.

## Comentario

La osteomielitis de los huesos del cráneo (OC) es una entidad muy poco frecuente desde la introducción del tratamiento antibiótico<sup>1</sup>. La mayoría de los casos son complicaciones de infecciones originadas en el área otorrinolaringológica, fundamentalmente otitis y sinusitis, en pacientes con factores de riesgo predisponentes (como la diabetes mellitus). Le siguen en frecuencia las derivadas de traumatismos carenocefálicos y las originadas por extensión hematógena.

El hueso temporal constituye la localización más frecuente<sup>2</sup> seguida de las osteomielitis que afectan al hueso frontal (tumor de Pott)<sup>2-4</sup>, al esfenoides y aún más raras, al hueso occipital. En estos casos el diagnóstico es especialmente difícil pues durante mucho tiempo la cefalea suele ser el único síntoma y eventualmente la afectación neuropática de algún par craneal<sup>2-5</sup>. En ocasiones abscesos de vecindad (cervical, parietal) o reacciones meníngeas, como ocurrió en nuestro paciente, pueden constituir los signos más relevantes. Es importante destacar que la ausencia de fiebre o leucocitosis no deben hacer excluir el diagnóstico<sup>1</sup>.

A pesar de presentarse de forma subaguda, la osteomielitis craneal se acompaña de complicaciones intracraneales en el 59-73% de los casos<sup>6</sup> requiriendo un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

La etiología suele ser polimicrobiana, siendo *S. aureus* el microorganismo más frecuentemente aislado, siguiéndole en frecuencia *Streptococcus* spp. y bacilos gramnegativos<sup>6-8</sup>.

La técnica de elección para su diagnóstico es la RM y en su defecto la TC<sup>2</sup>, incluyendo la realización de cortes occipitocervicales, encontrando zonas de osteopenia y lesiones osteolíticas con refuerzo perióstico además de tumefacción de las partes blandas afectadas. La gammagrafía isotópica con galio puede constituir asimismo una técnica sensible, sobre todo en fases iniciales, aunque su verdadera utilidad clínica tiene lugar en el seguimiento de los pacientes para valorar la respuesta al tratamiento<sup>6</sup>. La punción-aspiración con aguja fina de los abscesos de vecindad permite confirmar la etiología, como ocurrió en nuestro caso, aunque otras veces sólo es posible al cultivar las muestras obtenidas del drenaje quirúrgico.

La OC suele asociarse con un absceso epidural adyacente, comportándose la duramadre como una estructura perióstica que impide la progresión de la infección al encéfalo. Cuando se produce, la extensión al espacio subdural ocurre casi siempre a través de las venas emisarias<sup>8</sup>.

El tratamiento de la OC debe ser mixto, combinando el desbridamiento quirúrgico extenso con tratamiento antibiótico que debe prolongarse durante al menos 8 semanas. La elección del antibiótico debe basarse en la sensibilidad del microorganismo aislado, la biodisponibilidad del fármaco y su penetración en hueso.

## Bibliografía

1. Arana E, Vallcanera A, Santamaría JA, Sanguesa C, Cortina H. *Eikenella corrodens* skull infection: a case report with review of the literature. *Surg Neurol*. 1997;47:389-91.
2. Chang PC, Fischbein NJ, Holliday RA. Central skull base osteomyelitis in patients without otitis externa: imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24:1310-6.
3. Tattersall R, Tattersall R. Pott's puffy tumour. *Lancet*. 2002;359:1060-3.
4. Verbon A, Husni RN, Gordon SM, Lavertu P, Keys TF. Pott's Puffy Tumor due to *Haemophilus influenzae*: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1996;23:1305-7.
5. Genden EM, Goebel JA. *Escherichia coli* osteomyelitis of the skull base. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118:853-5.
6. Ibarra S, Aguirrebengoa K, Pomposo I, Bereciartúa E, Montejo M, González de Zárate P. Osteomielitis del hueso frontal (tumor blando de Pott). Presentación de cinco pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:489-92.
7. Spies EH, Stücker R, Reichelt A. Conservative management of pyogenic osteomyelitis of the occipitocervical junction. *Spine*. 1999;24:818-22.
8. Bleck TR, Greenlee JE. Absceso epidural. En: Mandell GL, Bennett J, Dolin R, editors. Principios y prácticas en enfermedades infecciosas. 5th ed. Madrid: Panamericana; 2002. p. 1251-4.