

Absceso cerebral por cuerpo extraño en la infancia

R. Canitano, M. Barão, V. Vanaclocha*, J. Narbona

Unidad de Neurología Infantil. Departamento de Pediatría. *Servicio de Neurocirugía.
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Resumen

Se presenta un caso de un niño de 7 años con cuadro de hipertensión endocraneal de 15 días de evolución, sintomática de lesión ocupante de espacio. La intervención quirúrgica puso de manifiesto un absceso cerebral por cuerpo extraño, una punta de lápiz, en la cavidad craneal. Se discuten los aspectos clínicos y diagnósticos de absceso cerebral debido a cuerpo extraño y en particular de la posibilidad de su desarrollo tras heridas penetrantes de cavidad orbitaria.

Palabras clave: Absceso cerebral, traumatismos orbitarios

(Act Ped Esp 1992; 50: 683-684)

Summary

A case of a 7 years old boy with raised intracranial pressure of fifteen days of evolution, due to a expansive mass is presented. The neurosurgical intervention showed a cerebral abscess by foreign body, a point of a pencil. Clinical and diagnostic aspects of foreign body abscess are discussed, with particular regard to development of such lesion as complication of transorbital stab wounds.

Key words: Cerebral abscess, transorbital wound

(Act Ped Esp 1992; 50: 683-684)

Introducción

La incidencia del absceso cerebral en edad pediátrica es muy baja, a pesar de lo cual es una patología importante por las frecuentes y graves consecuencias que puede comportar. Las infecciones otorrinolaringológicas y las meningococales son su principal origen, así como las cardiopatías congénitas cianósicas.

Los traumatismos craneales son causa poco frecuente de absceso cerebral en la infancia^{1,2}. A pesar de eso, incluso accidentes de escasa importancia pueden complicarse con absceso, a veces tras un largo periodo de latencia. Las lesiones penetrantes de cavidad orbitaria pueden causar infecciones intracraneales³, por la penetración del cuerpo extraño en el cerebro consiguiendo a perforación de las paredes orbitarias.

Describimos un caso de absceso cerebral de localización frontal en un niño de 8 años, que seis meses antes del comienzo de la sintomatología sufrió una caída con un lápiz en la mano, que le provocó una herida en párpado superior. Inicialmente el diagnóstico fue incierto al no encontrarse ninguno de los factores predisponentes citados y siendo las imágenes TAC compatibles con varias patologías cerebrales.

Caso clínico

Niño de 7 años con cefalea que aumentó progresivamente de intensidad en dos semanas, y se localizó en región fron-

toorbital izquierda. Además, el niño presentaba astenia, náuseas, vómitos y dolor en extremidad inferior izquierda.

En el examen físico se apreció la existencia de edema de papila bilateral, siendo el resto de la exploración neurológica normal. La TAC reveló una lesión frontal izquierda de contornos lobulados, de densidad heterogénea, mostrando un anillo hiperdenso en su periferia y gran edema perilesional. Estas imágenes, además de un absceso, eran sugestivas de un tumor de estirpe glial (fig. 1A, 1B).

Los análisis mostraron: RBC 4.670.000; HGB: 12,5 g; HCT: 37,5%; GB: 14.200; PLT: 548.000. El mismo día se inició tratamiento con dexametasona, furantoína y difenilhidantoína, con mejoría de la cefalea y del estado general.

Se realizó craneotomía frontal izquierda, hallándose una lesión de consistencia elástica, que a la punción drenó contenido purulento. Se extirpó la cápsula de la lesión, que presentaba una prolongación hacia techo de órbita. A este nivel se apreció la presencia de un cuerpo extraño, que correspondía a una mina de lápiz de aproximadamente 8 mm de longitud por 3 mm de diámetro. El estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico de absceso cerebral secundario a cuerpo extraño y del cultivo se aisló *Staph. aureus*. Se instauró tratamiento antimicrobiano con vancomicina y cefotaxima.

El postoperatorio transcurrió sin incidencia, no quedando déficit neurológico alguno. Al reinterrogar los padres respecto a la posibilidad de un antecedente traumático del niño, referían que seis meses antes él había sufrido una caída mientras lle-

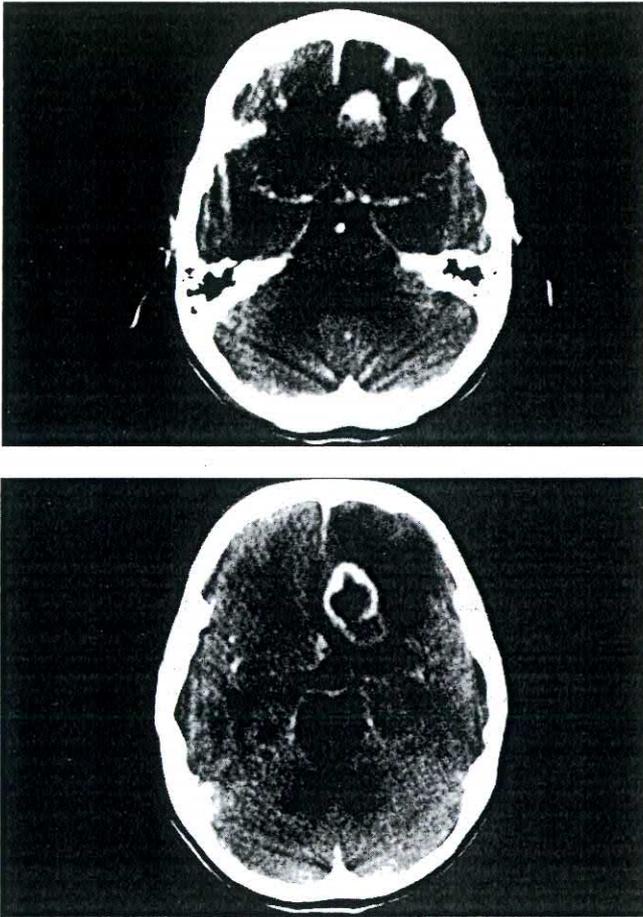


Figura 1A, 1B: TAC Cerebral con contraste. Lesión ocupacional frontal derecha con periferia hipercaptante, densidad heterogénea y gran edema que causa efecto de masa

vaba un lápiz, provocándose una herida en párpado superior izquierdo. No se hicieron radiografías de cráneo, aunque a veces puedan no ser demostrativas de lesión de techo orbital y la sintomatología local fue controlada con antiinflamatorios. A nivel de párpado superior izquierdo quedaba una cicatriz de 8 mm de longitud, como secuela de la herida.

Discusión

Los traumatismos craneales abiertos y las heridas penetrantes de cavidad craneal pueden complicarse con un proceso infeccioso intracraneal localizado y/o generalizado. No es infrecuente que en las lesiones intraorbitarias en niños, provocadas por objetos punzantes, ocurra la penetración intracraneal con subsiguiente infección⁴. Eso particularmente sucede en niños que se caen llevando objetos en la mano (lápiz, bolígrafo, etc.). El cuerpo extraño tras la perforación de las paredes orbitarias puede causar: meningitis; lesiones de carótida interna y seno cavernoso con hemorragia, fístulas, aneurismas; lesión de nervio óptico; penetración en lóbulo frontal y temporal con posible formación de

un absceso. El globo ocular en muchos casos no se ve afectado, sí puede existir celulitis y/o hematomas de tejidos blandos de órbita.

El absceso cerebral secundario a cuerpo extraño suele desarrollarse en un tiempo de 3-5 semanas después del trauma, pero hay casos de larga latencia de hasta 10 años después⁵. Esto sería causado por la baja virulencia del agente patógeno o por la pequeña concentración de éste. Sin embargo, un periodo largo entre el traumatismo y el inicio de la sintomatología puede dificultar el diagnóstico. En el caso descrito pasaron seis meses antes del comienzo de los síntomas.

Existe una serie de lesiones cerebrales que poseen características TAC similares: vasculitis con infarto, tumores, granuloma micótico y tuberculoso, hematoma parenquimatoso, absceso, gliosis de origen desconocida^{6,7}. El cuadro clínico y los antecedentes suelen ayudar a aclarar el diagnóstico. En este caso la ausencia de antecedentes significativos y el aspecto lobulado de la masa pusieron como primera patología a descartar un astrocitoma quístico.

De todas formas, el cuadro de hipertensión endocraneal aguda y la demostración de una lesión ocupante de espacio cuya naturaleza era dudosa orientaron hacia la intervención quirúrgica.

En conclusión, las heridas de órbita causadas por objetos punzantes, aún de lesividad escasa y con mínima afectación local, requieren una atenta exploración y un estudio radiológico específico de techo de órbita y de los canales ópticos⁸. En caso que se encuentren signos de fracturas de las paredes orbitarias, siempre existe la posibilidad de presencia de fragmentos de hueso y/o de cuerpos extraños fuente de infección. De Villiers⁴ recomienda la exploración quirúrgica mediante craneotomía, si fuese necesario, de todas las lesiones inducidas por lápiz.

En cualquier caso, y sino se desea ser tan drástico, se puede concluir que los niños que sufran traumatismos orbitarios con lápiz deben ser vigilados estrechamente.

Referencias bibliográficas

1. C Patrick, SL Kaplan. «Actual concepts on pathogenesis and treatment of cerebral abscess in children». *Ped Clin North Am* 1988; 35: 625-36.
2. JC García Abeja, I Capon Echevarría, F Rubio Quiñones, G Ródenas Luque, B Barrionuevo Gallo, M Nieto Barrera. «Absceso cerebral en la infancia». *Ann Esp Pediatr* 1988; 29: 369-373.
3. JC De Villiers. «Stab wounds of brain and skull». *Handbook of Clinical Neurology*, eds. Vinkens PJ and Bruyn GW, 1975; 23: pp.: 477-503.
4. JC de Villiers, D Sevel. «Intracranial complication of transorbital wound». *Brit J Ophthal* 1975; 59: 52-56.
5. DR Enzmann, MD Britt, AS Yeager. «Experimental brain abscess evolution: CT and neuropathologic correlation». *Radiology* 1979; 133: 113-122.
6. L Weisberg. «Clinical-CT correlations intracranial suppurative (bacterial) disease». *Neurology* 1984; 34: 509-510.
7. T Henze, HW Prange, HI Schipper. «Difficulties in the diagnosis of brain abscess». *Neurosurg Rev* 1987; 10: 321-4.
8. RE Wesley, SR Anderson, MR Weiss, HP Smith. «Management of orbital-cranial wound». *Adv Ophthalmic Plast Rec* 1987; 7: 3-26.

Fecha de recepción: 28-IV-92

Fecha de aceptación: 2-VI-92

R. Canitano

Departamento de Pediatría. Clínica Universitaria
Avda. Pío XII, s/n. Pamplona