

## Un mundo en la cabeza

Sesiones en Red – SADEMI -

17 Febrero 2021

Joaquín Escobar Sevilla

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Presentamos el caso de un varón de 66 años, con antecedentes personales de EPOC tipo enfisematoso, fumador de hasta 40 cigarrillos al día durante 50 años (ICAT 100paq/año) y bebedor de alcohol de 2-3 UBE al día. Estudiado previamente el servicio de Hematología por anemia ferropénica con estudio endoscópico negativo y en tratamiento con sulfato ferroso oral a días alternos, así como episodios frecuentes de epistaxis con algún requerimiento de taponamiento anterior no estudiados.

**Enfermedad Actual:** Acude al servicio de Urgencias por episodio de crisis convulsiva tónico-clónica generalizada con periodo postcrítico posterior, motivo por el cual se realiza tomografía computerizada craneal con contraste intravenoso que demostró la presencia de una lesión ocupante de espacio de unos 17x15mm, localizada en región occipital izquierda, con captación periférica de contraste y moderado edema vasogénico perilesional, así como borramiento de surcos ([imagen 1](#)).

**Pruebas Complementarias:** Analíticamente, no destacaba alteración bioquímica alguna, presentando un hemograma con un recuento de hemoglobina total de 12,5g/dL y volumen corpuscular normal, ausencia de leucocitosis y una proteína C reactiva de 2.2. Se realizó también una radiografía de tórax anteroposterior, sin hallazgos patológicos significativos ([imagen 2](#)). Ante los hallazgos de TAC craneal, se decidió el ingreso del paciente en el servicio de Neurocirugía para estudio de la lesión. Durante la hospitalización, se solicitó resonancia magnética craneal que demostró la presencia de una imagen expansiva intraaxial en el lóbulo occipital izquierdo que presentaba una significativa restricción de la difusión, realce en anillo periférico polilobulado acompañado de moderado edema vasogénico, hallazgos todos compatibles con un absceso como primera posibilidad ([imágenes 3 y 4](#)) iniciándose antibioterapia empírica con Vancomicina, Metronidazol y Gentamicina. El paciente fue sometido a una craneotomía con evacuación y exéresis de la lesión ocupante de espacio, de aspecto purulento/necrótico, enviándose muestras para cultivo microbiológico y estudio anatomopatológico. Se interconsulta con el servicio de Medicina Interna para estudio etiológico.

El informe preliminar del cultivo del contenido del absceso, mostró el crecimiento de cocos Gram positivos. Mientras tanto, se obtuvieron los resultados definitivos del cultivo micro biológico del contenido del absceso craneal, con crecimiento de *Streptococcus constellatus* y *Parvimonas micra*, ambas con fenotipo salvaje. Por tanto, se desescaló a antibioterapia dirigida con Ceftriaxona, guiado por antibiograma.

**Estudio etiológico:** Se solicitaron hemocultivos seriados que resultaron negativos, ecocardiografía transtorácica que mostró un ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con FEVI normal, aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas no dilatadas con signos degenerativos discretos sin alteraciones funcionales

significativas. Válvulas normales sin datos de endocarditis y ausencia de derrame pericárdico. Se solicita a su vez, TAC tóracoabdominopélvico que no demostró lesiones a distancia. Se amplía el estudio con hallazgos clínico y paraclínicos que conforman un diagnóstico de certeza en el contexto actual.



Imagen 1. Corte de TAC craneal con contraste iv.

Imagen 2. Radiografía de Tórax posteroanterior.

Imagen 2. Radiografía de Tórax posteroanterior.

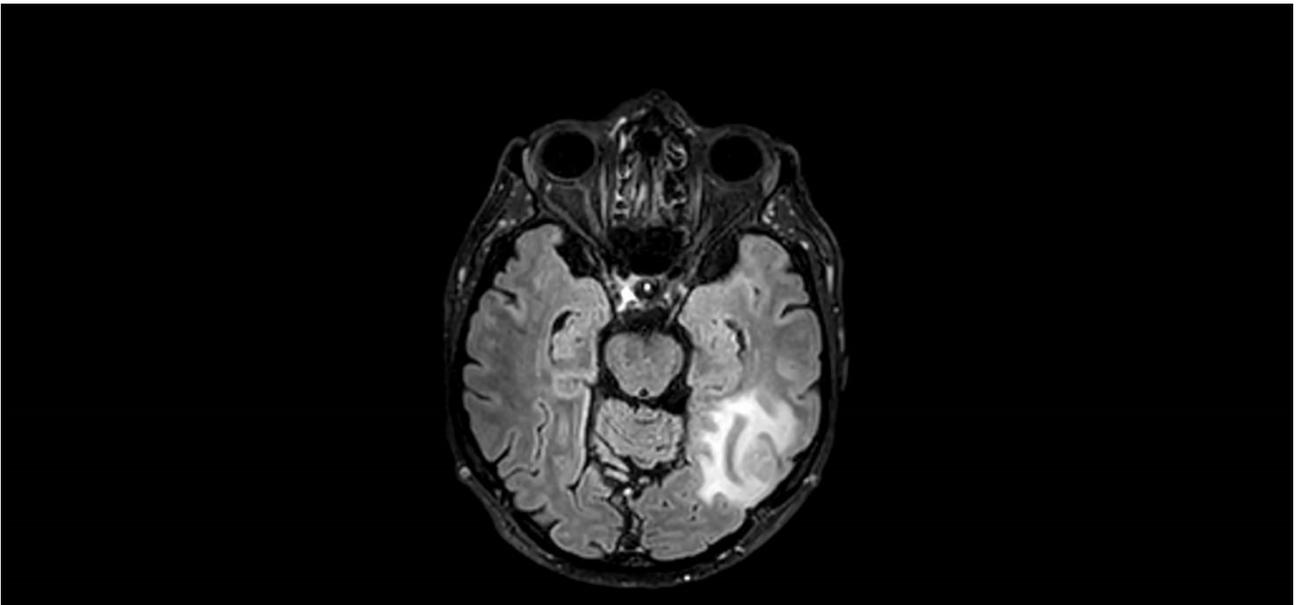


Imagen 3. RMN secuencia Flair.

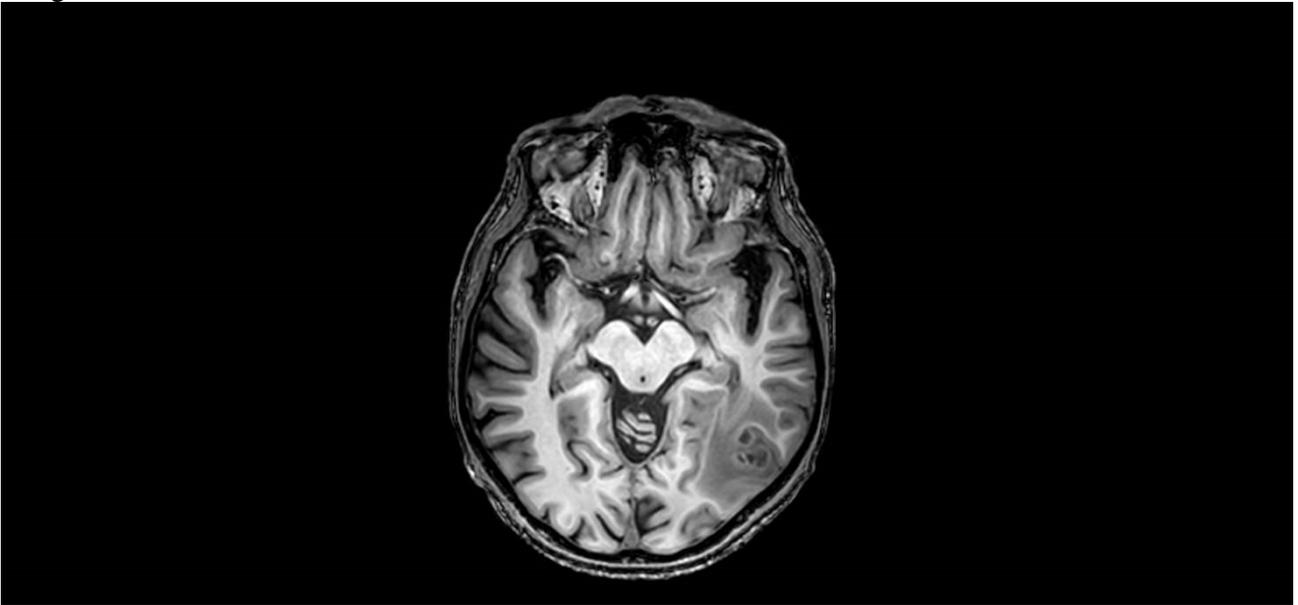


Imagen 4. RMN secuencia T1.