

Empiema subdural y medicina de atención primaria

M.A. Pina^a, M. Martín^b, E. Iglesias^c y P. Marco^d

^aServicio de Neurología. ^bMIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cServicio de Medicina Interna. Hospital General Obispo Polanco (INSALUD). Teruel. ^dMédico de Familia. Centro de Salud. Teruel.

INTRODUCCIÓN

El empiema subdural (ES) es una colección purulenta localizada entre la aracnoides y la duramadre. La mayoría de los casos se deben a sinusitis y, en menor medida, a otitis media; por ello, la mejor terapéutica es el adecuado tratamiento que evite la extensión del proceso infeccioso localizado en los senos paranasales y el oído medio a las cubiertas encefálicas.

Presentamos el caso de un paciente con un ES de localización atípica, donde el proceso infeccioso primario fue presumiblemente producido por una infección bucal.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años de edad con antecedentes de nefrectomía derecha por pielonefritis, úlcus duodenal y síndrome depresivo reactivo a "problemas familiares", que había provocado en los últimos 6 meses anorexia con importante pérdida de peso no cuantificada e ingesta abundante de alcohol. Ingresa en el hospital por presentar, en las últimas 48 h, cefalea pulsátil y fiebre de 39 °C; la exploración neurológica y general eran normales, salvo boca séptica con pérdida de piezas dentarias. Pruebas complementarias: bioquímica en suero: colesterol 120 mg/dl (n = 155-220), glucosa 132 mg/dl (n = 81-113), GGT 74 U/l (n = 2-46), proteínas totales: 6,6 g/dl (n = 6,8-8), albúmina 2,9 (n = 3,9-5,1), IgG 1.797 mg/dl (n = 723-1.685), IgA 519 mg/dl (n = 69-382), proteína C reactiva 185 mg/dl (n = 0-8). Hemograma: leucocitos $21,7 \times 10^9/l$ (n = 4,5-11), neutrófilos 87%, VSG a la primera hora de 78. Sedimento de orina, urocultivo, radiografía de tórax, ECG y serologías (*Salmonella*, *Brucella*, *Yersinia*, toxoplasmosis, sífilis, virus neurotrofos) dentro de la normalidad. Hemocultivo positivo a *Streptococcus constellatus*.

Tras 24 h de ingreso presentó pico febril acompañado de escalofríos y obnubilación, en la exploración se apreciaban discretos signos meníngeos, hemianopsia homónima izquierda y debilidad en extremidades izquierdas de

Figura 1.

4/5. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) cerebral urgente y se apreció: colección hipodensa en línea media posterior derecha adyacente a la hoz cerebral, con captación de contraste intravenoso en la porción lateral de la colección subdural, sugerente de empiema subdural (fig. 1). Se realizó tratamiento quirúrgico urgente, con perforación de calota derecha e introducción de catéter en espacio subdural, que dio salida a una importante cantidad de pus, cuyo cultivo resultó positivo a *Streptococcus constellatus*. Fue tratado con ceftriaxona (1 g i.v./8 h) y posteriormente amoxicilina-ácido clavulánico (500 mg v.o. cada 8 h). Después de la intervención permaneció asintomático salvo leve paresia en extremidad inferior izquierda, y en dos TAC posteriores cerebrales no se evidenciaron restos de ES. Posteriormente presentó broncoaspiración accidental, apreciándose en radiografía de tórax broncone-

Correspondencia: Dra. M.A. Pina Latorre.
Vía Pignatelli, 21-23, 7.º E. 50007 Zaragoza.

monía derecha, y a pesar del tratamiento en UCI con imipenem (1 g i.v./8 h) y tobramicina (100 mg i.v./12 h) presentó shock séptico, y falleció posteriormente.

DISCUSIÓN

El empiema subdural es un proceso relativamente infrecuente, aunque representa el 20% de las supuraciones intracraneales, pudiéndose acompañar de un absceso epidural simultáneo y, más raramente, de un absceso cerebral. La localización más típica es la convexidad por extensión de una sinusitis en el 50% de los casos^{1,2} o una otitis media en el 10%¹. Nuestro caso no presentaba síntomas en la anamnesis, ni signos en la exploración o radiológicos que sugiriesen una sinusitis o una otitis y sí, en cambio, una periodontitis grave que producía pérdidas dentales ante mínimas maniobras. Lo anterior sugiere que el foco infeccioso primario fuese la cavidad bucal, produciéndose una diseminación hematogena al espacio subdural. Por otra parte la localización del proceso infeccioso fue en la zona cerebral parasagital, circunstancia que sólo ocurre en el 10% de los ES¹.

Los gérmenes más frecuentemente implicados en el ES son los estreptococos y los anaerobios¹⁻³. En nuestro paciente fue posible el aislamiento de *Streptococcus constellatus* en el hemocultivo y en el aspirado por catéter del empiema. Posteriormente se constató una buena respuesta clínica al tratamiento inicial con ceftriaxona y amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral.

El diagnóstico del ES se suele sospechar en la TAC cerebral, y en el tratamiento se establece prácticamente siem-

pre craneotomía con catéter de drenaje y tratamiento anti-biótico, aun así puede existir una mortalidad que oscila entre el 9⁴ y el 25%². En el ES de nuestro caso se pudo sospechar el diagnóstico mediante la clínica presentada y la TAC cerebral realizada. El fallecimiento se produjo por sepsis secundaria a bronconeumonía intrahospitalaria.

Queremos resaltar que, en este caso, y por decisión personal, el paciente no había sido visitado en los servicios médicos de atención primaria de la infección bucal y síndrome depresivo que había provocado anorexia e importante pérdida de peso. No obstante, creemos que esta afección fue el desencadenante del ES. El médico de familia desempeña un papel primordial en el tratamiento de infecciones sinusales, óticas o bucales que son la mejor medida preventiva en los ES. Por otra parte, creemos que debido a su potencial gravedad, debería estar familiarizado con las complicaciones neurológicas de estos procesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vila F, Garau J. Infecciones focales del sistema nervioso central. En: Sabrià M, Tor J, editores. Infecciones del sistema nervioso central. Barcelona: Mosby-Doyma Libros, S.A 1996; 59-70.
2. Dill SR, Cobbs CG, McDonald CK. Subdural empyema: analysis of 32 cases and review. Clin Infect Dis 1995; 20: 372-386.
3. Vilalta J, Rubio E. Empiema subdural intracraneal. En: Codina-Puigross A, editor. Tratado de neurología. Madrid: Libro del Año 1994; 614-615.
4. Ak HE, Ozkan U, Devecioglu C, Kemaloglu MS. Treatment of subdural empyema by burr hole. 1996; 32: 542-544.