



# Focalidad neurológica: reto diagnóstico de absceso cerebral

Dra. León Viveros Carla Melisa \*; Dr. Ramírez Reyes Julio César ±; Dr. Aceves Barrios Carlos Andrés ‡; Dr. Valdez Orduño Ricardo ¥

\*Residente de Infectología pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría", ± Neurología Pediátrica Hospital Infantil Privado, ‡ Infectología Pediátrica, ¥ Neurocirugía Pediátrica Hospital Infantil Privado



GRUPO MÉDICO PEDIÁTRICO  
UNIVERSIDAD

## INTRODUCCIÓN

El absceso cerebral es proceso infeccioso localizado en el parénquima cerebral que produce lisis tisular comportándose como una lesión ocupativa <sup>1</sup>. Esta colección de pus encapsulada es causada por bacterias, micobacterias, hongos, protozoo, o helmintos, hasta un 60% de los casos no se aísla un agente infeccioso lo que dificulta el manejo antimicrobiano <sup>2</sup>.

La incidencia del absceso cerebral a nivel mundial se reporta de 0.3 a 1.3 casos por 100,000 habitantes, con mortalidad hasta 25%, considerablemente mas alta en pacientes inmunocomprometidos <sup>3</sup>.

Casi siempre son secundarios a un foco infeccioso de otro sistema, el cual se disemina por contigüidad.

## OBJETIVO

Objetivo: Describir la presentación clínica de un paciente pediátrico con absceso cerebral.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

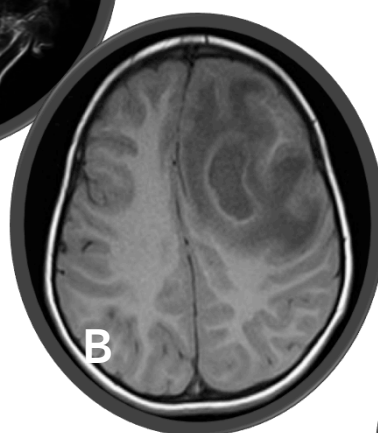
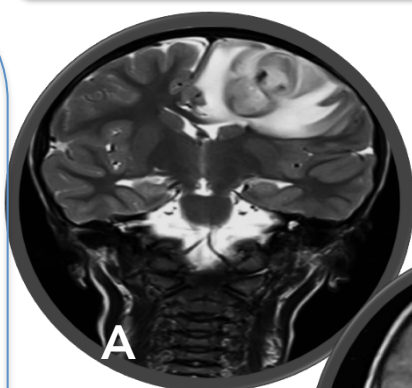
Masculino  
9 años

Antecedente de Trisomía 21, portador de persistencia de conducto arterioso resuelto quirúrgicamente

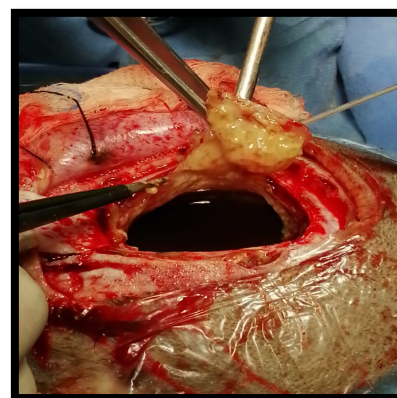
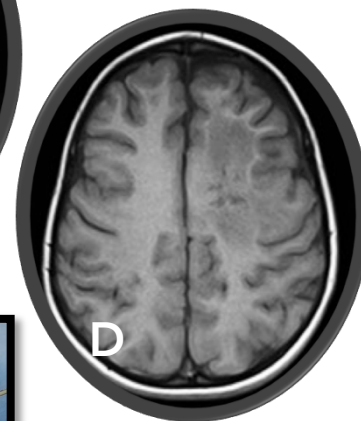
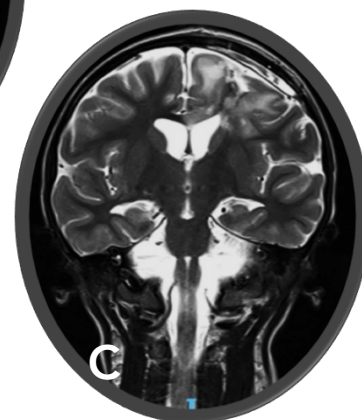
Inicia padecimiento una semana previa a su ingreso con dificultad para la masticación y deglución, un día previo a su ingreso se agrega debilidad facio-corporal del lado derecho, limitando la marcha.

A la exploración neurológica encontramos paciente con funciones mentales no acordes con su edad cronológica, asimetría facial a expensas de desviación de la comisura labial hacia la izquierda, fuerza en hemicuerpo derecho 1/5 proximal y 0/5 distal en miembro torácico y pélvico, tono disminuido en las 4 extremidades y reflejos incrementados en extremidades lado derecho, clonus no agotable y repuesta plantar extensora ipsilateral.

## IMÁGENES REPRESENTATIVAS DEL CASO



Panel C, D: Secuencia T2 y T1 posoperatorias donde se observa cambios posquirúrgicos en región frontal izquierda sin datos de absceso residual.



## DISCUSIÓN

La sintomatología usualmente incluye cefalea, vomito, convulsiones, signos de hipertensión intracraneal, así como déficit neurológico relacionado a la localización del absceso <sup>(1,2)</sup>.

Dentro del abordaje diagnóstico de debilidad en los pacientes pediátricos es necesario diferenciar entre los síndromes de motoneurona superior, inferior, miasténico o miopático.

En el caso de paciente con debilidad de inicio súbito, distribución facio corporal del lado derecho y signos de liberación piramidal integramos síndrome de motoneurona superior. De acuerdo con Juárez y cols., existe un incremento en la incidencia de absceso cerebral en países en vías de desarrollo comparado con la literatura mundial. (4)

Se realiza drenaje de absceso por craneotomía, corticotomía en giro frontal superior y medio, identificando cápsula y resecando en su totalidad.

## CONCLUSIONES

El absceso cerebral continúa siendo un reto clínico y quirúrgico, por lo que el drenaje de absceso y la antibioticoterapia continúan siendo pilar fundamental en el tratamiento. Se necesitan estudios complementarios, cohortes y series para definir y evaluar las tendencias epidemiológicas del absceso cerebral en países en vías de desarrollo como el nuestro.

## REFERENCIAS

- Valdes-García J, Espinoza-Díaz D. Absceso cerebral. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 575-585
- Campion E. Brain Abscess. N ENGL J MED 2014 371;5
- Brouwer M, Coutinho J, Van de Beek D. Clinical characteristics and outcome of brain abscess Systematic review and meta-analysis. Neurology 2014;82:806-813
- Juárez-Rebolalr D, Sosa-Martínez M, Valdes-García J., Broc-Haro G. Clinical Characteristics of Brain Abscess in a Developing Country, a Number of Cases. EAS J Med Surg. 2021; 3 (4): 84-89.