

Abscesos piógenos encefálicos. Nuestra experiencia en 60 casos consecutivos

M. Ortega-Martínez; J.M. Cabezudo; I. Fernández-Portales; L. Gómez-Perals; J.A. Rodríguez-Sánchez; L. García-Yagüe; L.F. Porras; L.M. Lorenzana; F. Ugarriza; M. Pineda-Palomo y L.M. Bernal-García

Servicio de Neurocirugía. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz

Resumen

Introducción. El absceso cerebral es un proceso supurativo focal en el parénquima cerebral que todavía presenta una elevada mortalidad. El resultado está altamente relacionado con un tratamiento precoz y adecuado. Para valorar dicho tratamiento revisamos los abscesos cerebrales tratados en nuestro Servicio en los últimos 14 años

Material y métodos. Presentamos una revisión de los 60 pacientes con diagnóstico de absceso cerebral piógeno tratados en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Infanta Cristina entre Enero de 1990 y Febrero de 2004, prestando atención a la epidemiología, clínica, etiología, microbiología, tratamiento y resultado final.

Resultados. La relación hombre/mujer es 5.6/1, con una edad media de 47 años; el origen de la infección más frecuente es el hematógeno, seguido de las infecciones contiguas, con un 22% de abscesos de origen desconocido; los gérmenes más frecuentes son los cocos Gram positivos (44%), con una importante presencia de gérmenes anaerobios (40%); en un 39% de los casos las infecciones son mixtas; las modalidades de tratamiento fueron la punción de los abscesos para aspiración-drenaje, la cirugía abierta, con o sin resección capsular, y el tratamiento médico exclusivo. 52 pacientes (86.7 %) curaron sin secuelas y 4 (6,7 %) fallecieron. Aunque los resultados de ambos tipos de tratamiento quirúrgico son similares, el drenaje del absceso requirió en un 20% de los casos un segundo proceder quirúrgico, mientras que la craneotomía lo precisó sólo en el 10%; la estancia media en nuestro hospital fue mucho menor en los abscesos tratados mediante drenaje que en los tratados mediante cirugía abierta (13 vs 26 días); la mortalidad fue mayor en pacientes con bajo nivel de conciencia al ingreso y en mayores de 70 años.

Conclusiones. Consideramos que la menor estancia media del drenaje del absceso, unido a su alta eficacia y su baja morbilidad, hacen aconsejable su uso como tratamiento de primera elección.

PALABRAS CLAVE: Abscesos cerebrales. Escisión. Infección intracraneal. Punción-aspiración.

Pyogenic brain abscesses: experience with 60 consecutive cases

Summary

Introduction. Brain abscess is a focal suppurative process in the brain parenchyma that still carries high mortality rates. Outcome is closely related with a correct and early management. In order to evaluate this management we have reviewed the brain abscesses treated in our Department during the last 14 years.

Material and Methods. The authors present a retrospective series of 60 consecutive patients with pyogenic brain abscess treated between January of 1990 and February of 2004 paying attention to the epidemiology, etiology, clinical data, microbiology, treatment modalities and outcome

Results. The male to female rate was 5.6 to 1. The average age was 47 years. Hematogenous spread was most frequent, followed by contiguous spread. In 22% of the cases, the origin was unknown. Regarding the causative pathogens, Gram positive cocci are the most frequent (44%), with a 40% incidence of anaerobics. A mixed infection occurred in 39% of the abscesses. Three modalities of treatment were used: non surgical, catheter drainage-aspiration and surgical excision. Outcome was excellent in 52 patients (86.7%) and 4 patients (6.7%) died. Although outcome was similar in both surgical modalities, drainage-aspiration required a second procedure in 20% of the cases while this was necessary in only 10% of the patients with abscess excision. Length of admission was shorter in the drainage-aspiration group than in the excision group (13 and 26

Abreviaturas. BGN: bacilos Gram negativos. GOS: Glasgow Outcome Scale. LCR: líquido cefalorraquídeo. SNC: sistema nervioso central. TC: tomografía computarizada. VSG: velocidad de sedimentación globular.

Recibido: 07-01-05. Aceptado: 04-03-05

days respectively). Mortality was higher in patients with low level of consciousness and age over 70 years.

Conclusions. The shorter admission time associated with drainage-aspiration of brain abscesses together with its high efficacy and low morbidity suggests that drainage-aspiration should be used as the first mode of treatment.

KEY WORDS: Brain abscess. Drainage-aspiration. Excision. Intracranial infection.

Introducción

El absceso cerebral es un proceso supurativo focal en el parénquima cerebral que complica sinusitis paranasales, otitis medias, cirugía, traumatismos o bacteriemias provenientes de focos extracraniales. Su patogénesis, clínica, tratamiento y pronóstico fue magistralmente descrito por Sir William Macewen en 1893 en su monográfico sobre infecciones del sistema nervioso central (SNC)¹³. Macewen tuvo unos resultados excepcionalmente buenos en los abscesos que operó, con una mortalidad del 5%, lo que le llevó a concluir que en el absceso cerebral no complicado, operado a tiempo, la recuperación debe ser la regla¹³. Pese a ello, las tasas de mortalidad registradas en los años 70 llegaban hasta el 50%¹⁶. Desde entonces, gracias fundamentalmente al diagnóstico precoz con la TC cerebral, estas tasas de mortalidad han descendido hasta situarse en los 90 entre el 5-10%^{5,15,28}. Todavía, no obstante, siguen siendo una patología grave, que requiere alto nivel de sospecha y una actuación terapéutica rápida. Entre las opciones de tratamiento se encuentran la craneotomía para extirpación del absceso, la punción del mismo para aspiración del contenido purulento, o el tratamiento exclusivamente médico. En vistas a valorar los resultados del tratamiento en los casos atendidos por nosotros, revisamos los pacientes con abscesos cerebrales que hemos atendido en nuestro hospital a lo largo de 14 años.

Pacientes y método

El estudio describe 60 pacientes con abscesos cerebrales piógenos atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, a lo largo de 14 años (desde Enero de 1990 hasta Febrero de 2004), todos con un seguimiento mínimo de 6 meses. Los datos clínicos, radiológicos y de laboratorio fueron recogidos retrospectivamente a través de las notas de nuestros informes y ficheros y a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes. La evolución posterior del paciente, a través de las notas de las revisiones hasta que fuera dado de alta definitiva.

Todos los pacientes tienen confirmación anatomopatológica o microbiológica del proceso infeccioso, excepto

los casos en que se siguió tratamiento médico exclusivo sin toma de biopsia. Estos fueron incluidos en el estudio en función de sus características clínico-radiológicas y de su evolución ante el tratamiento antibiótico administrado.

Las opciones de tratamiento iniciales fueron tres: 1. **Punción** para aspiración-drenaje del absceso, a mano alzada o guiado con estereotaxia; 2. **Cirugía abierta**, con exéresis completa, que incluye la cápsula del absceso, o exéresis parcial, es decir, la cápsula permanece in situ; y 3. **Tratamiento conservador**.

Los datos recogidos son los siguientes: edad y sexo, estancias hospitalarias, antecedentes personales, clínica, datos de laboratorio (sangre y LCR), localización, tamaño y número de los abscesos, microbiología, tratamiento y resultados del mismo.

Los **resultados del tratamiento** se han clasificado según la Glasgow Outcome Scale (GOS), tomando como definitivo el estado del paciente a los 6 meses del diagnóstico o al alta si esta se ha producido antes. La **mortalidad** se ha definido como cualquier fallecimiento durante la estancia hospitalaria o en los 30 días posteriores al alta. Los casos en que ha habido más de una opción de tratamiento en un paciente, o más de una actividad quirúrgica, se agrupan bajo el epígrafe **Reintervenciones**. En este grupo hay un subgrupo de pacientes que requirieron pasar a una opción de tratamiento más agresiva. Se incluyen bajo el epígrafe **Grupo de cambio de tratamiento**.

Resultados del estudio

La edad media de nuestros pacientes es de 47 años (rango 11-79 años), con una clara preponderancia en varones y mayor incidencia en la 7ª década (Tabla 1).

Tabla I
Distribución de pacientes por edad y sexo y mortalidad según estos factores (n=60)

Sexo	Nº pacientes	Porcentaje	Exitus
Hombres	51	85	4
Mujeres	9	15	0
<i>Edad</i>			
0-10	0	0	
11-20	5	8.3	
21-30	10	16.7	
31-40	7	11.7	1
41-50	11	18.3	
51-60	8	13.3	
61-70	12	20	
>71	7	11.7	3

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)