

# Absceso epidural intracraneal como complicación de una fístula mastoideo-cerebelosa

## *Intracranial epidural abscess as a complication of mastoid-cerebellar fistula*

Inés Fernández Regal<sup>1</sup>, Eugenio Quintas Albores<sup>2</sup>, Juan González Soler<sup>2</sup>, Antonio J. Chamorro Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS. Ourense

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital de Verín. Verín. Ourense. SERGAS. Ourense

### Introducción

El absceso epidural intracraneal consiste en la presencia de una colección de material supurativo en este espacio. Su aparición se ha asociado con osteomielitis de los huesos craneales, sinusitis u otitis media<sup>1</sup>. El tratamiento incluye la evacuación del contenido purulento y antibióticos intravenosos. Sin embargo, persiste el debate de cuándo realizar la intervención quirúrgica. Esta patología se considera como un proceso destructivo con una alta tasa de morbilidad si no se diagnostica en estadios precoces y se trata apropiadamente<sup>2</sup>. A continuación, presentamos el caso de un paciente que presentó como complicaciones de una otitis media crónica, una fístula ótico cerebelosa, meningitis y absceso epidural con cerebelitis secundarias.

### Caso clínico

Varón de 54 años exbebedor dudoso de más de 80 gramos de alcohol/día sin otros antecedentes de interés que acudió por presentar un episodio de fiebre no termometrada. Posteriormente se

acompañó de deterioro del nivel y contenido de la conciencia, sin otra clínica salvo otalgia derecha las semanas previas. A la exploración física, destacaba una temperatura de 38.7 °C, un Glasgow de 10 con obnubilación, y rigidez de nuca. Análíticamente destacaba leucocitosis (15.900 leucocitos, 88.5% neutrofilos), VSG 79 mm/h y PCR 1.9 mg/dl con el resto de los parámetros dentro de la normalidad. Se le practicó una punción lumbar en la cual es de reseñar hipoglucoorraquia (cociente LCR/sangre: 55/179 <50%) proteínas 479 mg/dl, leucocitos 1.852/mm<sup>3</sup>, 80% neutrófilos, con ausencia de hematíes, ADA normal, y serologías y antígenos para virus herpes simple, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, y VDRL negativos. En sangre periférica la serología luética, VIH, VHB, VHC, proteinograma, hemocultivos, antígeno neumocócico en orina y cultivo LCR fueron negativos. En el TC craneal realizado en urgencias no se apreciaron hallazgos relevantes.

Ante la sospecha inicial de meningitis otógena o bien del paciente inmunodeprimido (por su alcoholismo crónico), se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina y dexametasona. Inicialmente tuvo una evolución favorable, sin embargo al 5º día del ingreso,

Figura 1. Absceso epidural cerebeloso derecho

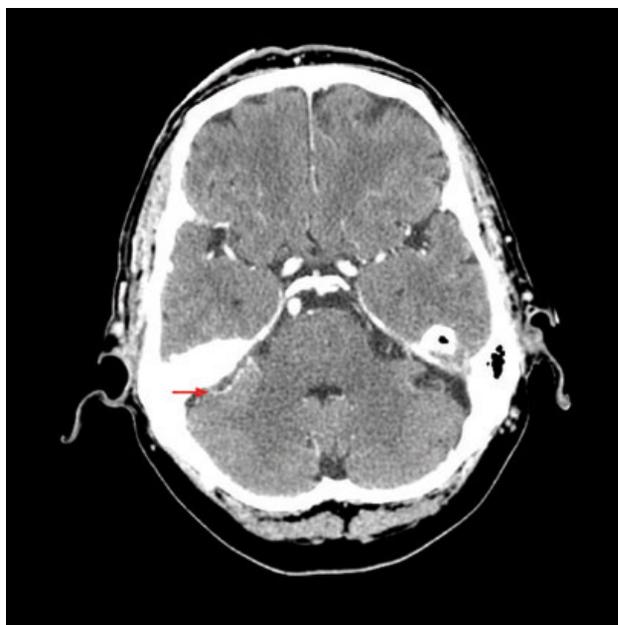
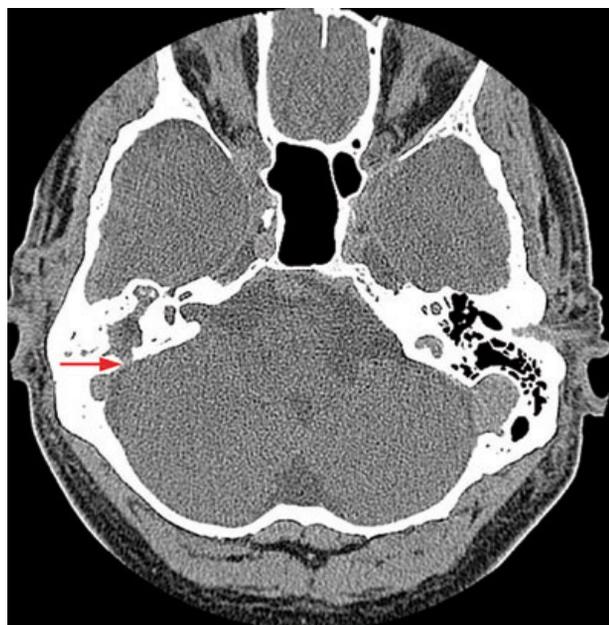


Figura 2. Fístula mastoideo-cerebelosa



comenzó de nuevo con fiebre de hasta 38.7° y cefalea occipital. Ante estos hallazgos se solicitó un nuevo TC urgente (ver Figura 1), en el que se destacaba en fosa posterior, adyacente a la pared posterior del peñasco derecho, una imagen extraxial hipodensa de morfología convexa hacia el parénquima y con discreto realce periférico sin evidencia de gas en su interior. Se apreciaba además ocupación por densidad de tejido blando del oído medio que englobaba la cadena osicular que estaba parcialmente erosionada, que se extendía al aditus ad antrum y al antro mastoideo, describiendo una solución de continuidad o fístula en la pared posterior del antro mastoideo (ver Figura 2). Posteriormente, se realizó además una RMN en el cual se confirmaba la presencia del pequeño absceso epidural, así como cerebelitis y meningitis adyacentes secundarias a la otitis mencionada.

Con estos nuevos resultados se decidió sustituir la ampicilina por metronidazol, con excelente respuesta clínica. Se mantuvo este tratamiento por vía endovenosa hasta completar 30 días. Posteriormente, se decidió terapia secuencial con amoxicilina-clavulánico durante al menos 3 semanas más debido a la fístula mastoideo-cerebelosa. En control radiológico posterior, se apreció la desaparición del absceso previamente descrito. Por último, se practicó una mastoidectomía radical derecha, presentando en la anatomía patológica fibrosis y e infiltrado inflamatorio crónico sin datos de colesteatoma.

## Discusión

La otitis media crónica (OMC), clásicamente, se divide en dos categorías: OMC con colesteatoma y OMC sin colesteatoma; esta última se caracteriza por la presencia de otorrea purulenta y su asociación con la presencia de tejido de granulación en oído medio y/o mastoides<sup>3</sup>. Con respecto a la fisiopatología, la progresión de la infección otogénica hacia el cráneo puede ser por defectos óseos congénitos o adquiridos o bien a través de fenómenos tromboflebíticos. Las complicaciones de la OMC han sido principalmente descritas durante las dos primeras décadas de la vida y presentan un amplio espectro clínico que incluye, por orden de frecuencia, la presencia de meningitis seguida de absceso intracraneal, trombosis del seno lateral, empiema subdural e hidrocefalia ótica<sup>4</sup>. Las técnicas de neuroimagen (TC y RMN) han mejorado el reconocimiento y manejo de pacientes con abscesos cerebrales de origen otológico.

Desde el inicio de la era de los antibióticos, la incidencia y la mortalidad de los abscesos cerebrales de origen otológico han disminuido drásticamente, pasando de un 35% a un

5%<sup>2</sup>. Sin embargo, muchos de los pacientes con otitis media se diagnostican y tratan antes de desarrollar complicaciones intracraneales, el tratamiento con antibióticos puede enmascarar los síntomas de las complicaciones otológicas y permitir su progresión antes de poder llegar al diagnóstico. Por otra parte, hay que destacar que el germen más frecuentemente implicado en la aparición de este tipo de patología es *S pneumoniae* (35%), seguido la presencia de cultivo negativo (28%) y posteriormente de *H influenzae* (27%)<sup>2</sup>; por tanto no es de extrañar que los resultados de los cultivos hubiesen sido negativos. Se pautó inicialmente ampicilina por el antecedente de alcoholismo crónico y el alto riesgo de meningitis por *Lysteria monocytogenes* en pacientes pertenecientes a este grupo poblacional<sup>5</sup>. En cuanto a la clínica y la progresión que presentó el paciente, es similar a la recogida en la literatura pero más como complicación de un colesteatoma<sup>2</sup> y no tanto para una OMC complicada, aunque también está descrita<sup>6</sup>. Aunque inicialmente se sospechó la presencia de colesteatoma, tanto por las pruebas de imagen como por las complicaciones, se tuvo que descartar ante los hallazgos anatomopatológicos y realizar el diagnóstico de OMC. Se debe destacar el episodio de febrícula al 5º día de ingreso con empeoramiento neurológico y la mejoría con metronidazol. Esto hace pensar la participación de patógenos anaerobios en este caso. Se decidió una intervención quirúrgica diferida, dada la pequeña cantidad del absceso y la buena evolución clínica, algo en lo que coinciden otros autores<sup>2</sup>.

Por tanto, aportamos un caso más a los escasos descritos en la literatura<sup>6</sup> de absceso epidural, meningitis y cerebelitis secundarias a una fístula mastoideo-cerebelosa de origen ótico.

## Bibliografía

1. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of neurology. 6th ed. / Raymond D. Adams, Maurice Victor, Allan H. Ropper. ed. New York ; London: McGraw-Hill, Health Professions Division; 1997.
2. Agrawal S, Husein M, MacRae D. Complications of otitis media: an evolving state. J Otolaryngol 2005; 34 Suppl 1: S33-9.
3. Seven H, Coskun BU, Calis AB, Sayin I, Turgut S. Intracranial abscesses associated with chronic suppurative otitis media. Eur Arch Otorhinolaryngol 2005; 262: 847-51.
4. Wanna GB, Dharamsi LM, Moss JR, Bennett ML, Thompson RC, Haynes DS. Contemporary management of intracranial complications of otitis media. Otol Neurotol 2010; 31: 111-7.
5. Chamorro Fernandez AJ, Laso Guzman FJ. Atención urgente a un paciente alcohólico. Rev Clin Esp 2010; 210: 291-7.
6. Richter GT, Smith JA, Dornhoffer JL. Otogenic cerebellar abscess: a case report. Ear Nose Throat J 2009; 88: E25-8.