Casos clínicos.

ABSCESO SUB-DURAL

Por el Dr. MARIANO LATORRE B.

Asesor Neurólogo.

Hospital Luis Calvo Mackenna. Cátedra de Pediatría del Prof. A. Ariztia.

Nos ha movido a presentar este caso su escasa frecuencia en nuestro medio y porque durante su permanencia en el Servicio se discutieron muchas hipótesis para explicar la etiología de su hipertensión intra craneana.

En la literatura nacional sólo existe un trabajo anterior publicado en los Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital por Poblete y Valladares y cuya casuística alcanza a 14 casos, todos ellos en adultos.

El absceso sub-dural reconoce como causa las infecciones del oído, senos para nasales o faringe y la osteomielitis del cráneo. Con frecuencia la infección alcanza por continuidad a través del tegmen timpani, pared posterior de los senos frontales, techo del etmoides o huesos de la bóveda, produciendo primero un absceso extra-dural. La infección de aquí, a través de los vasos de la duramadre, alcanza la membrana interna, causando el absceso, o más propiamente, el empiema sub-dural. En otras ocasiones la infección se hace a través de las conexiones venosas existentes entre las estructuras ya nombradas y la duramadre. En estos casos no hay absceso extra-dural previo. Otro tipo de infección por continuidad se hace a través de los vasos tributarios de los senos, especialmente el longitudinal, en casos de tromboflebitis de éstos.

Establecido el empiema sub-dural, puede tomar dos cursos clínicos. Fulminante, caso en el cual la evolución es

extraordinariamente rápida y en la cual el pronóstico es muy grave, de no mediar la intervención inmediata. En un 40 % la infección toma un curso crónico, formando una membrana aislante y permitiendo el desarrollo de síntomas de hipertensión intra craneana y de lesiones focales corticales.

Sintomatología: Aunque ocasionalmente la sintomatología suele ser muy escasa, en la mayoría existe una gran variedad de síntomas.

Entre los síntomas generales se destacan ligera leucocitosis de 15 a 30,000 con muy poca temperatura y una ligera elevación del pulso. Entre los síntomas que se refieren al sistema nervioso, sin duda los más prominentes son la cefalea y el vómito, que traducen la hipertensión intra craneana. Le siguen, en orden de frecuencia, el estupor, delirio y ocasionalmente el coma. El edema de papila se describe como muy poco frecuente. El líquido céfalo-raquídeo ofrece con frecuencia un aspecto opalescente, con ligero aumento de los leucocitos, globulinas ligeramente positivas y el resto normal.

Desde el punto de vista focal es donde la sintomatología adquiere su característica. Ya que el exudado ocupa una gran extensión dentro del espacio sub-dural, los síntomas focales cerebrales son variables y fluctuantes, pudiendo el enfermo presentar paresias de las extremidades contralaterales, convulsiones Jacksonianas, afasia nominal o motora, he-

nianopsia, paresia del VI par, parálisis de los movimientos oculares conjugados. Cuando esta sintomatología es por presión sobre las estructuras corticales adyacentes, los síntomas son transitorios, pero cuando ya se ha producido supuración focal encefálica, algunos de ellos se transforman en permanentes.

Desde el punto de vista diagnóstico existe gran dificultad para diferenciar el absceso cerebral del empiema subdural. En gran número de casos el diagnóstico es más bien quirúrgico. En los casos de empiema sub-dural fulminante puede ser muy difícil su diferenciación con la meningitis aguda purulenta. En estos casos la presencia de síntomas focales y la ausencia de gérmenes en el líquido con glucosa que permanece normal son factores decisivos.

Desde el punto de vista pronóstico la mayoría de las estadísticas revisadas dan una mortalidad que asciende hasta el 65 %. Todos están de acuerdo en manifestar que esta alta mortalidad se debe a la dificultad diagnóstica, ya que un tratamiento quirúrgico oportuno mejora notablemente el pronóstico.

El tratamiento es necesariamente quirúrgico.

CASO CLINICO: Lactante de 1 año 10 meses, cuya enfermedad se inicia el 15 de abril de 1951 en forma brusca, con temperatura alta, que alcanza a 39.5, decaimiento, vómitos. El cuadro febril, sin oscilaciones, se mantiene durante 15 días. El compromiso del estado general fué en aumento, presentando posteriormente a la fase aguda, cefaleas como síntoma predominante. Dos meses antes de su ingreso notan aumento de volumen nodular con un trayecto fistuloso en la mejilla derecha.

Ingresa al Servicio el 6 de mayo de 1951.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

A su ingreso los exámenes clínico y neurológico revelan: activo, lúcido. Estado nutritivo deficiente. Gran apatía. Nódulo indurado de más o menos 1 cm, sobresaliente, en la mejilla derecha y que por expresión deja fluir pequeña cantidad de pus espeso amarillento. Aumento considerable del cráneo (59 cm) en relación con el tórax (49 cm). No hay separación de suturas ni signo de Macewen. Fontanela anterior de 1 x 1. Gran edema de papila. Tonus muscular muy disminuido. Deam-

bulación sólo con apoyo. Marcha algo taloneada, con gran ampliación de la base. Pruebas cerebelosas no se pudieron practicar por falta de colaboración del paciente. Reflejos profundos simétricos algo disminuidos.

Con esta apreciación clínica se orienta el estudio hacia un proceso expansivo intracraneano, probablemente de fosa posterior.

Los exámenes de rutina practicados arrojan resultados normales. Solo llama la atención una sedimentación muy elevada, de 131 mm y tubercuinas intensamente positivas. Aun cuando la radiografía de torax fué normal, se planteó la hipótesis de un tuberculoma. En esta circunstancia se sospechó en una puerta de entrada extrapulmonar, culpándose al nódulo indurado de la mejilla derecha, que según la historia tenía una evolución torpida de 2 meses. Se practicó biopsia de esta zona sin encontrar tejido específico. Una radiografía ósea de esta región permitió apreciar un foco de osteitis del maxilar derecho.

La radiografía de cráneo demostró los signos clásicos de hipertensión intracraneana. Planteada la hipótesis diagnóstica se solicitó la colaboración del Instituto Central de Neurocirugía, en donde, al practicar la punción para ventriculografía, caen en el lado derecho en un absceso, del cual se extraen 5-6 cm de pus, cuyo cultivo fué negativo. Se deja Nosylan y se delimita un absceso de 5-6 cm de largo por 3-4 de profundidad y a 3-4 cm de la línea media. Se dejó penicilina en la cavidad, con lo cual se obtuvo mejoría del paciente. Controles ventriculográficos realizados posteriormente daban solamente la visualización del sistema ventricular izquierdo, a pesar de dejarse en posición para inyectar el sistema ventricular a derecha. Se decidió, con el fin de determinar la forma y posición del ventrículo al lado derecho, efectuar una ventriculografía en los sitios clásicos para la trepano punción occipital, comprobándose la presencia, a 4 cm de profundidad, de una gruesa cápsula que no se atravesaba por la aguja de Cushing. Al retirar la aguja salió pus, aparentemente del espacio sub-dural. Se decidió explorar por vía frontal, volviendo a encontrar, a la misma profundidad, la cápsula antedicha. Se decide entonces efectuar la craneotomía exploradora con la sospecha de un absceso sub-dural. Efectuada ésta, se comprueba un absceso sub-dural de más o menos 2 cm de cavidad con una gruesa cápsula interna y externa. Se efectúa una limpieza quirúrgica lo más prolija posible y se extraen muestras para su estudio histológico.

Desde esta operación se notó una franca mejoría del paciente, tanto desde el punto de vista psíquico como del estado general. Gana más o menos 1 kilo en 25 días.

Comentario: En este niño llamó la atención desde su ingreso la discordancia entre la sintomatología hipertensiva y la ausencia de síntomas focales.

Justamente la correcta evaluación de este hecho clínico debió hacer sospechar un proceso de las envolturas sin compromiso de la substancia cerebral. De no mediar el hallazgo casual durante las maniobras para la ventriculografía, no habría habido un diagnóstico correcto y, por lo tanto, las posibilidades quirúrgicas y el pronóstico muy desfavorables.

Resumen: Se analiza brevemente la etiopatogenia del empiema sub-dural. Se llama la atención sobre la dificultad en el diagnóstico oportuno y se presenta un caso clínico. En él, por exclusión, y como hallazgo operatorio durante las maniobras para practicar ventriculografía, se hizo el diagnóstico, permitiendo al enfermo una recuperación total. Llamó la atención en el curso clínico de disparidad entre la gran sintomatología hipertensiva intracraneana y la ausencia de síntomas focales cerebrales.

Summary.

The etiology and pathogenesis of subdural empyema are briefly reviewed. The diagnostic difficulties encountered and the clinical history of a 22 months old infant with this condition are described. In this case, while performing a ventriculography the diagnosis was made. During the course of the disease the disparity between the great hypertensive intracranial symptomatology and the absence of focal cerebral symptoms was noticeable.

Bibliografía.

- BRUNNER, HANS. — Intracranial complications of Ear Nose and Throat. Year-Book Publisher, 1946.
- COURVILLE, C. B. — Subdural Empyema secondary to purulent Frontal Sinusitis. Archives of Otolaryngology. March 1944.
- KUBIK, C. A. and ADAMS, R. D. — Subdural Empyema. Brain. Vol. 66: 1-88, march. 1943.
- POBLETE y VALLADARES. — Absceso subdural. Archivos de Cirujanos de Hospital. Sept. 1950.