

**EMPIEMA SUBDURAL: A PROPOSITO DE UN CASO,  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2008**

[CLINICAL CASE REPORT SUBDURAL EMPYEMA ,HIPOLITO UNANUE HOSPITAL OF TACNA 2008]

Luz Yolanda Portugal Gallegos<sup>1</sup>, José Roberto Pinto Portugal<sup>2</sup>, Roberto Pinto Monrroy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Neurocirujana. Magister en Medicina. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, UNJBG.

<sup>2</sup>Médico Cirujano.

<sup>3</sup>Médico Cirujano Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, UNJBG.

**RESUMEN**

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años con el antecedente de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico un mes antes de su ingreso y que es traído a emergencia por presentar empeoramiento del cuadro de malestar general y cefalea de varios días de evolución, aparición en las últimas horas de somnolencia, debilidad de hemicuerpo derecho, tos, alza térmica, afasia motora y a su ingreso convulsiones. Fue diagnosticado inicialmente como hematoma subdural, bronquitis y posteriormente Empiema Sub dural que fue tratado con cirugía y antibioticoterapia con lo que mejoro. El Empiema Subdural es una colección purulenta focal intracraneal entre la duramadre y la aracnoides, que causa sintomatología clínica por compresión extrínseca del cerebro e inflamación del cerebro y las meninges. Es importante su diagnóstico precoz de cara a instaurar un tratamiento eficaz lo antes posible.

**ABSTRACT**

*We report the case of a 72-year-old male patient with history of head injury a month ago that presented worsening picture of general malaise and several headache from many days of evolution and that in the final hours presented drowsiness, weakness of right limbs, cough, rising heat, motor aphasia and seizures. He was initially diagnosed as a subdural hematoma, bronchitis and subsequently Empiema Sub-dural that was treated with surgery and antibiotics with showing improvement. Subdural empiema is a focal purulent intracranial collection between the dura and the arachnoid, causing clinical symptoms by extrinsic compression of the brain and the swelling of brain and meninges. The early diagnose is very important in order to establish an effective treatment as soon as possible.*

**INTRODUCCIÓN**

El empiema subdural es una colección purulenta focal intracraneal localizada entre la duramadre y la aracnoides y supone aproximadamente el 20% de las infecciones focales del sistema nervioso central (SNC) Pueden afectar a pacientes de cualquier edad, siendo más frecuente su aparición entre la segunda y tercera décadas de la vida, afectando más a varones que a mujeres (relación 4/1) Puede causa sintomatología clínica por compresión extrínseca del cerebro (comportándose como una lesión ocupante de espacio) y por inflamación del cerebro y las meninges.

Diversos factores, como la edad avanzada y el nivel de conciencia en el momento del diagnóstico influyen sobre el pronóstico del empiema subdural y está relacionada de forma directa con el retraso del tratamiento.

Antes del uso generalizado de antibióticos, la enfermedad era de pronóstico casi invariablemente fatal, aún con drenaje quirúrgico. Con la introducción de la penicilina, la mortalidad cayó al 35%. El pronóstico ha continuado mejorando en los años siguientes hasta alcanzar una mortalidad menor del 17% en la actualidad.

**CASO CLINICO**

Se presenta el caso de un paciente varón de 72 años, procedente de Puno, con antecedente de trauma craneoencefálico un mes antes de su ingreso, cursando con cefalea recibiendo tratamiento en forma ambulatoria. Es traído a emergencia el 11/07/08 por presentar empeoramiento de cuadro de malestar general, cefalea de varios días de evolución con aparición en las últimas horas de somnolencia, tos, vómitos, sensación de alza térmica, debilidad de hemicuerpo derecho y no hablaba ni obedecía órdenes.

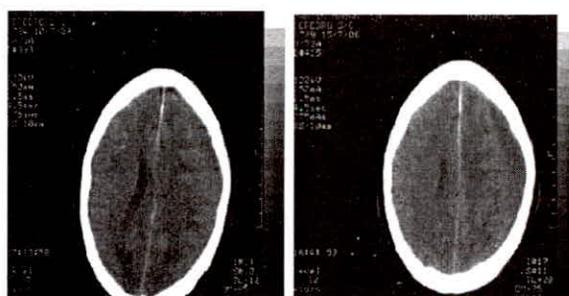
A su ingreso a emergencia, el paciente presentó

convulsiones tónico clónico generalizadas, se hallaba en estado de sopor, con una puntuación en la escala de Glasgow de 9 puntos, pupilas iguales y normo reactivas, hemiparesia derecha, afasia motora, febril.

La analítica de sangre 22,300 leucocitos, 04 abastoados, 86 segmentados, 01 Eosinofilos. 01 monocitos., 08 linfocitos. Hb: 14.4. Glucosa: 194.6, 231. Creat: 1.2. La radiografía de tórax, ECG y análisis de orina fueron normales. Se practico TAC cerebral sin (fig. 1<sup>a</sup>) y con contraste (fig1b).

Instaurándose tratamiento antimicrobiano empírico (ceftriaxona y clindamicina) Tras haberse planteado el diagnostico empiema subdural se le practico creneotomia izquierda objetivándose colección purulenta sub dural que fue drenada, enviándose muestras para cultivo. El cerebro subyacente presentaba importante edema. Se cambio el tratamiento antibiótico instaurado por ampicilina y gentamicina cuando al recibir el resultado de crecimiento de E. Coli en el cultivo del empiema.

La evolución post operatoria fue favorable remitiendo la fiebre, el déficit motor continuando con afasia de expresión oral siendo dado de alta luego de 27 días de hospitalización.



Figuras 1a y 1b. TC craneal sin y con contraste

## DISCUSIÓN

La mayoría de los empiemas subdurales se originan a partir de meningitis en niños o de infecciones de las cavidades aireadas del cráneo en adultos. Las infecciones que mas frecuentemente pueden originar Empiema subdural son las de los senos frontales y etmoidales, menos frecuentemente las del oído medio, mastoides y seno etmoidal, la diseminación intracraneal de la infección mediante tromboflebitis retrógrada de los senos venosos también puede presentarse por extensión directa a través del hueso y de la duramadre, como resultado de la erosión de la pared posterior del seno frontal, menos frecuentemente la vía hematogena desde un foco a distancia y los procedimientos neuroquirúrgicos son las siguientes causa principales de empiema subdural, puede desarrollarse tras un traumatismo craneoencefálico particularmente en coexistencia con una fractura conminuta y deprimida, también se ha descrito tras colecciones sub durales o hematomas , abscesos orbitarios, infecciones focales de scalp, osteomielitis, infecciones dentales o meningitis. La infección se extiende por el espacio sub aracnoideo hasta encontrar una barrera como la hoz del cerebral o el tentorio, por lo que los Empiemas suelen ser unilaterales, su rápido crecimiento hace que se comporten como lesiones ocupantes de espacio con efecto de masa, causando hipertensión intracraneal y disrupción de la barrera hematoencefálica con gran edema cerebral. También son frecuentes los infartos cerebrales debidos a trombosis de las venas corticales o de los senos venosos cerebrales, asociados a HTIC o a la diseminación intracraneal del microorganismo causal mediante tromboflebitis de los senos venosos.

Los gérmenes aislados más frecuentemente son los estreptococos anaerobios (43%) y las bacterias anaeróbicas (38%). El estreptococo y el estafilococo áureos son los dos patógenos más comunes. En particular en ese grupo streptococcus millesi (S millesi y Streptococcus anginosus). El Stafilococcus aureus se presenta con menos frecuencia. Otros menos frecuentes son la Escherichia coli, bacteroides. La Pseudomona auruginosa o staphylococcus epidermis puede estar presente en casos relacionados con intervenciones neuroquirúrgicas.

El diagnostico de Empiema subdural se basa, al igual que cualquier infección del Sistema Nerviosos Central, en la sospecha clínica que debe complementarse con un estudio de neuroimagen.

La punción lumbar no es recomienda, por el riesgo potencial de herniación cerebral y ante los cambios inespecíficos del LCR.

La RMN y la TAC con contraste son los métodos diagnósticos de elección, permitiendo además la detección de un foco para meníngeo responsable y de complicaciones asociadas.

En la TAC con contraste, la colección aparece ligeramente hiperdensa con respecto al LCR con

captación de contraste periférico y edema cortical desproporcionado. La RMN es superior a la TAC y permite el diagnóstico con las colecciones sub durales no infecciosas ya que presentan menos intensidad en T1 y T2 de estos últimos con respecto al LCR. La RM espectroscópica se ha mostrado sensible y específica y se esta empleando sobre todo en los diagnósticos diferenciales de colecciones sub durales en niños. La RM se debe efectuar de forma regular hasta la completa curación para detectar cambios como edemas localizados, abscesos o realces meníngeos localizados. Diagnóstico diferencial: Con colecciones subdurales (hematomas, higromas), meningitis, absceso epidural cuya clínica es mas indolente y guarda mayor relación con un antecedente traumático.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del Empiema subdural debe incluir la evacuación quirúrgica precoz, además de la antibioticoterapia empírica agresiva hasta recibir los resultados de los cultivos (hemocultivo y cultivo del material obtenido en el quirófano. No existe tratamiento quirúrgico estándar pero el drenaje mediante craneotomía es el que se practica con mayor frecuencia, recomendándose la craniectomía a los casos con edema asociado ya que permite mayor área de exposición y asegurar el máximo drenaje de la colección, además de llevar a cabo una adecuada descompresión craneal en el caso que fuera necesario.

Se recomienda profilaxis anticomicial por la alta incidencia de crisis en estos pacientes. La presencia de hipertensión endocraneana apoya la monitorización y control específico de la PIC en la unidad de cuidados intensivos con las medidas apropiadas.

## CONCLUSIONES

El Empiema subdural es una entidad clínica relativamente rara en Europa, Norteamérica y América latina con una frecuencia aproximada de 13-23% de todas las infecciones intracraneales, que afecta a los varones jóvenes y diabéticos comúnmente.

Hecho el diagnóstico debe tratarse de inmediato ya que se asocia a un alto riesgo de crisis epiléptica, trombosis venosa de seno, cerebritis, edema cerebral, vasculitis cerebral y mortalidad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio Lalueza, Carmen Díaz-Pedroche, Amparo Broseta y Rafael San Juan. Empiema subdural subagudo. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(6):381-2
2. Bustos B, Raúl O, Pavez M, Paula A, Bancalari M, Bernardo J et al. Subdural empyema secondary to sinusitis. *Rev. chil. infectol.*, Mar. 2006, vol.23, no.1, p.73-76. ISSN 0716-1018.
3. C. Beaumont Caminos, I. Zazpe Cenoz, A. Gallo-Ruiz Brower, B. Fernández Esáin, J.M. García Garayoa, C. J. L. Lawrence. Empiema subdural de evolución fulminante. A propósito de un caso. *Emergencias* 2006;18:316-319

## CORRESPONDENCIA:

MGR. LUZ YOLANDA PORTUGAL GALLEGOS  
lupoga22@hotmail.com