



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2014

Nº 6



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Editorial

Código deontológico: compromisos y obligaciones de la profesión médica. Luis Ciprés Casasnovas

5

Colaboración científica

Médicos de familia ¿hasta aquí hemos llegado? Carlos Izquierdo Clemente

7

Originales

Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. B. Sanchis Yago / C. Izquierdo Clemente / C. Iannuzzelli Barroso / C. López Mas / S. Valdearcos Enguidanos / E. García López

Análisis de los tiempos quirúrgicos de las intervenciones de cirugía general y digestivo. J. Martín Pérez

Revisión de la eficacia de pautas de dosificación off-label de fármacos biológicos en psoriasis. A. González Álvarez / E. Giner Serret / V. Caballero Pérez / F. Rodilla Calvelo

12

Notas Clínicas

Glomerulonefritis post-estreptocócica en la infancia. A propósito de tres casos. V. Caballero Pérez / L. Gracia Torralba / E. Carlos López Soler / A. González Álvarez

Absceso cerebral por quemadura eléctrica; una rara complicación. M. León Escalante / W. Pita Merejildo / V. Suárez Contreras / C. Iannuzzelli Barroso

Síndrome de Marshall como causa de fiebre recurrente, a propósito de dos casos. J. Astudillo Cobos / I. Sirbu / O. Myronenko / P. Sanz de Miguel

Paciente con traumatismo y dolor en muñeca. A propósito de dos casos. M. Osca Guadalajara / M^a P. Muñesa Herrero / A. Castro Sauras / J. V. Díaz Martínez

Dolor persistente en muñeca tras traumatismo de 4 meses de evolución. J.V. Díaz Martínez / J.J. Ballester Gimenez / A. Castro Sauras / M. Osca Guadalajara

Dolor torácico. Síndrome de Boerhaave. E. C. López Soler / F. Rodero Álvarez / C. López Mas

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso. C. Blanco Pino / F. J. Esteban Fuentes / M. Oset García / D. Soffiantini

37

Vocalía de Jubilados

Emponderamiento en torno al mayor ante el conflicto económico del desequilibrio demográfico. J. Sánchez Padilla

73

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Concurso Navideño 2014

81

ABSCESO CEREBRAL POR QUEMADURA ELECTRICA; UNA RARA COMPLICACION

Dr. Manuel León Escalante¹ / Dr. Wilson Pita Merejildo² / Dra. Vanessa Suárez Contreras³ / Dra. Carla Iannuzzelli Barroso⁴

¹ Servicio de Neurocirugía. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador.

² Médico Residente Terapia Intensiva. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador.

³ Médico Residente de Emergencias. Clínica de Especialidades Touma. Los Ríos –Ecuador

⁴ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El absceso cerebral es la infección purulenta del parénquima cerebral de tipo focal. Los pacientes con este tipo de infección suelen presentar un cuadro clínico poco específico, lo cual dificulta la sospecha diagnóstica temprana y conlleva a una elevada morbilidad y mortalidad.

El tratamiento es un tema debatido, la decisión de actitud quirúrgica frente al tratamiento conservador con antibióticos, depende de la situación clínica del paciente, la localización de las lesiones y el tamaño de las mismas.

Se presenta el caso de un paciente de 36 años de edad quien recibió una descarga eléctrica en la cabeza que provocó una quemadura de espesor completo en cuero cabelludo y periostio del área biparietal. Posteriormente presentó convulsiones por lo que se le realizó un TAC donde se evidenció un absceso cerebral izquierdo, el cual fue drenado neuroquirúrgicamente con recuperación neurológica total.

PALABRAS CLAVE

Absceso cerebral, convulsiones, Quemadura

CEREBRAL ABSCESS BY ELECTRIC BURN; A RARE COMPLICATION

ABSTRACT

Brain abscess is purulent infection of the brain parenchyma of focal type. Patients with this type of infection usually present a rare prognosis, which makes it difficult to give a nearly diagnosis and it takes to a high morbidity and mortality.

The treatment is a debated topic, the decision between surgery and conservative treatment with antibiotics depends on the clinical situation of the patient, the place and the size of the injuries.

We present the case of a 36 years old patient who received an electric shock to the head that caused a full thickness scalp burn and periosteum of the biparietal area. Later on he presented seizures, reason why the patient underwent a CAT scan where a left brain abscess was discovered, that was neurosurgically drained with fully neurological recovery

KEY WORDS

Brain abscess, seizures, Burn

INTRODUCCIÓN

Los abscesos cerebrales es una entidad clínica infrecuente caracterizada por una elevada morbimortalidad. Se comporta como un proceso expansivo intracraneal con un periodo de crecimiento de dos semanas. Originados por contigüidad o por propagación hemática de afecciones cardíacas (cianosantes), óticas, odontológicas, heridas penetrantes de cráneo, neumológica (infecciosa) y raramente por intervenciones neuroquirúrgicas. Actualmente se la observa en paciente inmunodeprimidos¹⁻².

Hasta el siglo XIX era una enfermedad letal pero los avances en las técnicas neuroquirúrgicas, la introducción de antibióticos y la mejora de las técnicas diagnósticas han supuesto un punto de inflexión en la mortalidad reduciéndola de un 30-60% al 5-20% actual. A pesar de esta mejoría las cifras siguen siendo elevadas sin olvidar las secuelas de muchos pacientes².

El absceso cerebral es la infección purulenta del parénquima cerebral de tipo focal. La diferencia entre la encefalitis y el absceso cerebral, radica en que este último forma una cápsula fibrosa y puede ser de origen bacteriano, micótico o fímico.

La incidencia anual en países desarrollados es de 4 a 11 por millón de habitantes, con mayor prevalencia en varones 3:1. Son responsables de un 2% de todas las lesiones expansivas intracraneales, y aun a pesar de los avances en imagenología, terapia antimicrobiana y técnicas quirúrgicas sigue presentando una elevada mortalidad. Los abscesos cerebrales son unos procesos supurativos localizados en el parénquima cerebral relativamente infrecuente pero de gran relevancia clínica debido a su elevada morbi-mortalidad. La mortalidad en la literatura reciente oscila entre un 5 y 22%¹.

Las manifestaciones clínicas son variadas, a veces de instalación violenta, y no siempre se encuentra presente la tríada característica de fiebre, cefalea y signos focales. El diagnóstico diferencial es amplio y la sospecha clínica debe ser precoz para lograr un tratamiento oportuno, multidisciplinario y que asegure un buen pronóstico³.

Los abscesos mayoritariamente son estériles y los patógenos encontrados más común-

mente son estreptococos, estafilococo aureus y anaerobios, en paciente inmunocomprometidos Toxocara y Nocardia.

Las cefaleas holocraneales, convulsiones generalizadas y depresión del sensorio suelen ser la forma de presentación. En tomografías en periodo de cerebritis (estadio inicial) se evidencia edema vasogénico limitado al sitio de origen del absceso y en periodo tardío encapsulación del absceso, presencia de anillo hiperdenso centro hipodenso rodeados de edema vasogénico⁴.

El tratamiento de esta patología requiere un manejo médico-quirúrgico en la mayor parte de los casos. Además de su utilidad diagnóstica, el tratamiento quirúrgico está especialmente indicado en pacientes con abscesos de diámetro mayor (> 2-3 cm), aquellos con un importante efecto de masa o ante fracasos del tratamiento médico. El tratamiento médico con antimicrobianos empíricos adecuadamente seleccionados, puede ser instituido ante la presencia de colecciones pequeñas, lesiones múltiples o profundas o aquellas asociadas a meningitis. En estos casos se requiere de un seguimiento periódico con TAC o RM cerebral⁵.

Las cefalosporinas de tercera generación y el metronidazol poseen un espectro antimicrobiano y una penetración al SNC adecuados, útil para la mayor parte de los microorganismos asociados a esta patología. Este esquema es muy utilizado en forma empírica debido a la naturaleza polimicrobiana de las infecciones asociadas a un foco óptico o dental y a sinusitis. Los esquemas para infecciones neuro-quirúrgicas deben considerar una cobertura adecuada para *S. aureus* y además la posibilidad de resistencia a cloxacilina⁶.

El uso de corticoesteroides en esta patología continúa siendo polémico debido a que no existen reportes randomizados que avalen su eficacia en este contexto, y a las aprensiones derivadas de estudios en modelos animales que señalan la persistencia de microorganismos al interior del absceso a pesar del uso de antibacterianos⁶⁻⁷.

El tratamiento quirúrgico puede ser realizado mediante una trepanación mínima, craneotomía o por cirugía estereotáxica⁵⁻⁸. Esta última representa un procedimiento invasor de menor morbilidad postoperatoria y que puede ser utilizado con fines diagnósticos o terapéuticos. Los

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 36 años de edad, quien tropezó con un cable de energía eléctrica que le provocó quemaduras en cuero cabelludo de espesor completo (Fig. 1), periostio y tabla externa de región parietal bilateral. A su llegada a Urgencias presentó convulsiones generalizadas tónico-clónicas y disminución del nivel de conciencia.

En el TAC de cerebro en urgencias, reveló gran edema vasogénico cerebral; un control a las 2 semanas del ingreso, puso en evidencia un absceso cerebral encapsulado (estadio tardío) con edema cerebral en región parietal izquierda (Fig. 2A), por lo fue intervenido neuroquirúrgicamente.

Se realizó orificio de trepano y aspiración del absceso cerebral; las TAC de control confirman la desaparición del absceso y disminución del edema (Fig. 2B).

Fue dado de alta con medicación antibiótica, anticonvulsiva y posteriormente cirugía plástica reparó la lesión de cuero cabelludo.

Su evolución fue favorable y a los 2 años posteriores a la suspensión de medicamentos antimicrobianos, no presentó convulsiones y en ninguna etapa observamos osteomielitis del área



Fig. 1. Lesión en cuero cabelludo por descarga eléctrica. Quemadura de espesor completo incluyendo periostio

procedimientos quirúrgicos pueden estar destinados al vaciamiento o escisión del absceso, a la instalación de un drenaje ventricular externo o al control de la puerta de entrada, especialmente ótica o sinusal⁸.

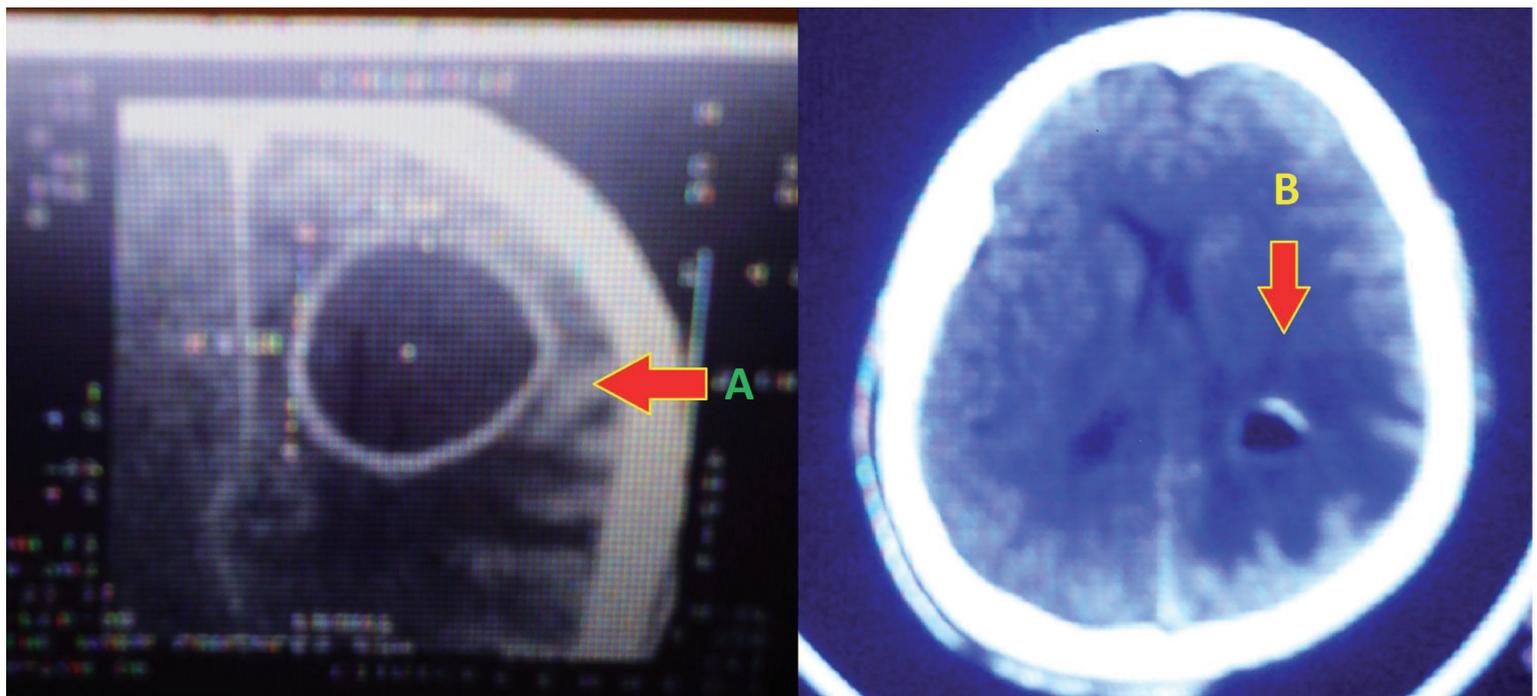


Fig. 2. A: absceso cerebral en estadio tardío, con capsula organizada hiperdensa y contenido hipodenso. B: control a los 8 días, mínimo neumoencefalo y mínimo edema vasogénico sin absceso cerebral izquierdo.

comprometida. Neurológicamente no presento ningún déficit motor.

DISCUSIÓN

Los abscesos cerebrales generalmente pueden formarse por propagación hemática o por contigüidad de gérmenes ubicados en corazón (cardiopatías cianosantes) mayoritariamente tetralogía de Fallot, en fistulas pulmonares arteriovenosas en un 5%, abscesos dentales, sinusitis, otitis, infección de celdillas aéreas mastoideas, (abscesos del lóbulo temporal y cerebelo) y traumatismo craneales penetrantes. En el presente caso establecemos que la vía de propagación fue por contigüidad, debido a flebitis de venas emisarias provocadas por la descarga eléctrica.

El absceso cerebral formado en el caso que revisamos, tiene una causa atípica (descarga eléctrica), considerando que el paciente no registraba antecedentes de patologías potencialmente facilitadoras de provocar absceso.

Consideramos que la quemadura de espesor completo en la región parietal que compro-

metió el cuero cabelludo y periostio, propago un fenómeno de flebitis a través de las venas emisarias de esta zona, provocando así, una infección intracerebral por estafilococos aureus o estafilococo epidermidis u otra bacteria, lo cual no pudo ser comprobado ya que los cultivos fueron estériles. Al formarse el absceso, provocó el síndrome convulsivo de aparición tardía, el cual sugiere siempre la posibilidad de encontrar un proceso ocupativo, neoplásico, vascular o como el caso presente, un absceso cerebral, sintomatología que desapareció una vez aspirado el contenido del absceso.

CONCLUSION

Creemos que la formación de un absceso cerebral por quemadura con cable de energía eléctrica es un fenómeno raro, por lo que debería considerarse esta patología en pacientes, que de manera fortuita como el caso presente, reciban una descarga eléctrica en cuero cabelludo, y que presenten cefalea o convulsiones generalizadas de aparición tardía.

BIBLIOGRAFIA

1. Fica, A., Bustos, P., & Miranda, G. (2006). Absceso cerebral: A propósito de una serie de 30 casos. *Revista chilena de infectología*, 23(2), 140-149.
2. Fritz Dp. Nelson Pb. Brain abscess in central nervous system infections diseases and therapy Ross kl. Marcel Decker 1997. Pág. 481 – 98.
3. Williams Fh, NelsmsDic, McGaharanKh. Brain abscess a rare complication of halo usage 1992 – 490 – 492 APMR
4. Britt H en Zmann Dr. "Clinical Stages of human Brain abscess on serial CT scans after contrastinjection. *J. Neurosurg.* 59: 972 – 989; 1983
5. Stephanoun S. "Surgical treatment of Brain Abscess *Neurosurgery* 36: 724 – 730. 1988
6. HeinemanHs, Brande Al, Oster Holm JL, intracranial suppurative disease *Jama* 218. Pag.1542 1547, 1971
7. Garvey G. "Current Concepts of bacterial infections of the central nervous system. Bacterial meningitis and bacterial brain abscess. *J. neurosurgery* 59: 735 – 744, 1983
8. Rosemblum ML, Hoff JT, Norman D and cols. Decreases mortality from brain abscess since advent of TC J. *neurosurgery* 49: 658 – 668, 1978