

Cefalea y hemoptisis en varón joven

Ignacio Pérez-Catalán¹, Daniela Díaz-Carlotti², María Teresa Guinot-Soler¹, Blanca Manuela Orobitg-Doménech³, Celia Roig-Martí¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana. España

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). España

Recibido: 20/07/2017

Aceptado: 04/01/2018

En línea: 30/04/2018

Citar como: Pérez-Catalán I, Díaz-Carlotti D, Guinot-Soler MT, Orobitg-Doménech BM, Roig-Martí C. Cefalea y hemoptisis en varón joven. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Abr); 3(1): 6-8.

Autor para correspondencia: Ignacio Pérez-Catalán. nachocs13@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Empiema subdural
- ▷ Absceso pulmonar
- ▷ Embolismo séptico
- ▷ *Prevotella*
- ▷ *Parvimonas*

Keywords

- ▷ *Subdural empyema*
- ▷ *Lung abscess*
- ▷ *Septic embolism*
- ▷ *Prevotella*
- ▷ *Parvimonas*

Puntos destacados

- ▷ En los procesos infecciosos es muy importante tener en cuenta los dispositivos externos como posible origen del proceso séptico.
- ▷ Además de la correcta antibioterapia, resulta fundamental la retirada del agente externo causante de la infección.

Historia clínica

Varón de 32 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 5 días de evolución de cefalea, tos, dolor pleurítico y febrícula que en los últimos 2 días se acompaña de episodios de hemoptisis. Se trataba de una cefalea sin signos de alarma, sin focalidad neurológica. A la exploración física presentaba un *piercing* a nivel frontal y el resto era anodino. Analíticamente PCR de 353 mg/L (3-10 mg/L), leucocitos 21.000/ μ L (4.800-10.800/ μ L) con 81% de neutrófilos (40-70%). En la radiografía de tórax, se observa una condensación cavitada en lóbulo superior derecho. Ingresa en Neumología con sospecha de tuberculosis (TBC) y tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico.

Resumen

Varón de 32 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 5 días de evolución de cefalea, tos, dolor pleurítico y febrícula (últimos 2 días episodios de hemoptisis). Portador de *piercing* a nivel frontal. Exploración física anodina. Analíticamente, PCR de 353 mg/L (3-10 mg/L), leucocitos 21.000/ μ L (4.800-10.800/ μ L) con 81% de neutrófilos (40-70%). En la radiografía de tórax se observa una condensación cavitada en lóbulo superior derecho. Ingresa en Neumología con sospecha de tuberculosis y tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico.

Abstract

A 32-year-old male patient who visited the emergency room having headache for 5 days in a row along with cough, pleuritic pain and fever (hemoptysis in the last two days). He is wearing a piercing in his forehead. Anodyne physical exploration. Analytically PCR of 353 mg/L (3-10 mg/L), Leukocytes 21,000/ml (4800-10800/ml) with 81% neutrophils (40-70%). In the chest X-ray, there is condensed cavitation in the right upper lobe. So that, he enters at Pneumology department with suspected of having tuberculosis and empirical treatment with amoxicillin/clavulanic.

Evolución

En el primer día de ingreso, se solicitó tinción urgente de auramina en esputo, que resultó negativa, así como cultivo de esputo y cultivo para micobacterias. Se programa tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) torácica para el cuarto día de ingreso. Ese mismo día presenta empeoramiento del estado general, afasia motora, persiste febril con elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos 31.430/ μ L con 87,7% de neutrófilos, PCR 282 mg/L, procalcitonina 1,62 ng/mL) y disminución del nivel de consciencia, por lo que se solicita TAC craneal de forma urgente, donde se observa un área hipodensa frontal izquierda y en corona radiata sugestiva de empiema subdural agudo de 32,5 x 20 mm de tamaño. Además, llama la atención una ocupación por densidad de partes blandas de ambos senos frontales, celdillas etmoidales anteriores y de forma parcial de celdillas etmoidales posteriores y seno esfenoidal.

Por su parte, en la TACAR torácica se aprecian múltiples nódulos con áreas de cavitación que sugieren embolismo séptico (**Figura 1**).

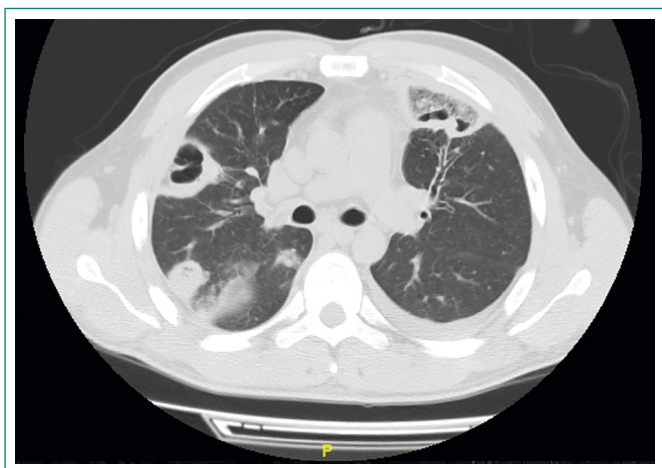


Figura 1. Embolismo séptico pulmonar en TACAR torácica

Se suspende amoxicilina-clavulánico y se pauta meropenem y linezolid para mayor cobertura antibiótica, siguiendo el protocolo clínico de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) sobre infecciones del sistema nervioso central¹ (tratando nuestro caso como si fuera una infección postraumatismo/cirugía ante la ausencia de recomendaciones específicas para casos similares al nuestro).

Se realiza ecocardiograma y broncoscopia con broncoaspirado y lavado bronqueoalveolar que resultaron normales. Ante el empeoramiento neurológico, se realiza craniectomía urgente, drenaje y lavado quirúrgico con gentamicina y vancomicina, y toma de muestra purulenta para estudio microbiológico. Tras la intervención, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y se añade metronidazol. Evoluciona favorablemente y al cuarto día de ingreso en la UCI se traslada a Medicina Interna.

Se mantiene la antibioterapia hasta resultados microbiológicos del absceso cerebral, que resulta positivo para *Prevotella melaninogenica* y *Parvimonas micra*. Ambos gérmenes son sensibles a la antibioterapia pautada, que se mantiene.

Tras ello, se solicita resonancia nuclear magnética (RNM) cerebral, 22 días después de la intervención, en la que se observa una colección intraparenquimatosa subcortical frontal (21 x 13 mm) comunicada con una colección extraaxial en la vertiente posterior de la craniectomía, hallazgos compatibles con persistencia de absceso cerebral en evolución (**Figura 2**).

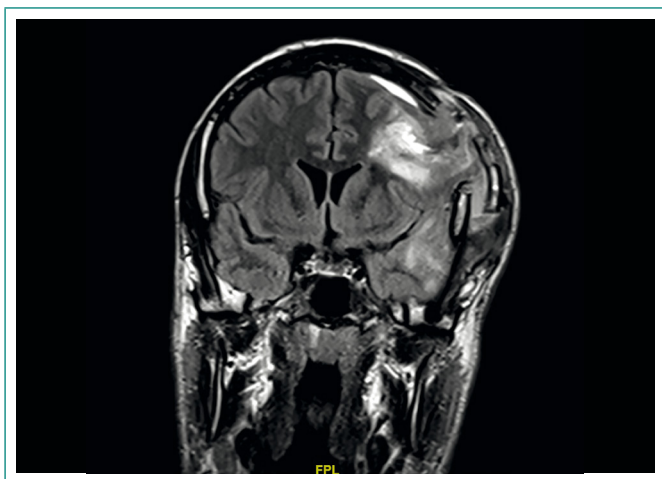


Figura 2. Colección intraparenquimatosa subcortical frontal en RNM cerebral, hallazgos compatibles con absceso cerebral en evolución

Se procede a la extracción del *piercing* (no se había realizado antes por negativa del paciente), con claros signos de sobreinfección (no obstante, no se obtuvieron muestras para estudio microbiológico), y posteriormente, en pruebas de imagen sucesivas, se constata la buena evolución radiológica del paciente tanto en RNM cerebral realizada mes y medio después de la intervención (**Figura 3**) como en TAC torácica realizada 2 semanas tras la cirugía.

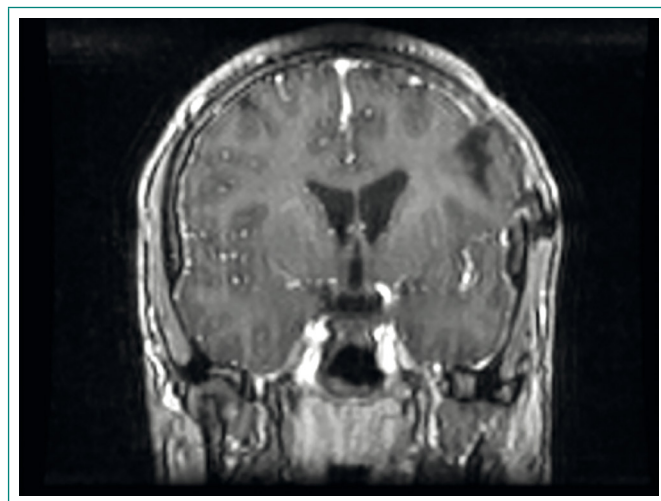


Figura 3. RNM cerebral de control que evidencia la buena evolución radiológica del proceso

Al alta, el paciente presenta normalización analítica y mejoría clínica y continúa con amoxicilina-clavulánico vía oral. Dos meses después, es visto en consulta externa de Medicina Interna y el paciente se encuentra con buen estado general, afebril y sin focalidad neurológica. Persiste la buena evolución clínica en posteriores valoraciones en consultas externas.

Discusión y conclusiones

La clínica inicial manifestada por el paciente era compatible con sinusitis aguda, confirmándose posteriormente en las pruebas de imagen la importante ocupación de los senos frontales. Además, los estudios radiológicos mostraban la cercanía entre el *piercing* y el empiema subdural. Y, finalmente, el hecho de que al retirarse éste presentara datos de infección, nos hizo establecer el diagnóstico de empiema subdural agudo probablemente secundario a sobreinfección de *piercing* en dicha región tras sinusitis frontal, con embolismo séptico pulmonar. De entre las principales complicaciones secundarias a la infección de los senos frontales destacan las infecciones del sistema nervioso central por contigüidad², pudiendo aparecer en forma de empiema subdural como ocurrió en este caso.

El tratamiento de elección del empiema subdural agudo consiste en el drenaje quirúrgico urgente de la colección junto con antibioterapia intravenosa³. No existe evidencia sobre el manejo terapéutico concreto del empiema subdural asociado a *piercing*. No obstante, como es conocido, en las infecciones asociadas a cuerpo extraño resulta fundamental la retirada del mismo y, por este motivo, hasta que no se extrajo éste, no se pudo constatar una mejoría radiológica.

En el estudio microbiológico del empiema subdural se observó infección polimicrobiana por anaerobios:

- *Parvimonas micra* es un coco grampositivo anaerobio estricto antiguamente conocido como *Peptostreptococcus micros*. Es comensal habitual de la orofaringe y se relaciona con infecciones polimicrobianas (abscesos intracra-neales, infecciones de senos paranasales y embolismos sépticos). Existen

pocos casos publicados en la literatura con afectación pulmonar por dicho patógeno. Se han descrito con anterioridad dos precedentes^{4,5}, aunque en este caso damos por hecho que es secundario a embolismo séptico.

- *Prevotella melaninogenica* también es un anaerobio, pero en este caso bacilo gramnegativo. También se suele encontrar en cavidad oral, fundamentalmente en encías.

Ambos microorganismos se aislaron en la muestra obtenida durante el drenaje quirúrgico del empiema, sin llegar a objetivarse en las muestras respiratorias obtenidas en la broncoscopia.

Estamos, pues, ante una etiopatogenia y unos patógenos infrecuentes, según lo referido en la literatura médica, como causa de empiema subdural con embolismo séptico pulmonar.

Bibliografía

1. Cabellos C, Navas E, Martínez Lacasa J, Gatell JM. Infecciones del sistema nervioso central. Protocolos Clínicos. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
2. Carr TF. Complications of sinusitis. *Am J Rhinol Allergy*. 2016; 30(4): 241-245.
3. Brouwer MC, van de Beek D. *Critical Care Neurology*. Management of bacterial central nervous system infections. 2017; 140: 349-364.
4. Poetter C, Pithois C, Caty S, Petit V, Combier JP, Mourtialon P. Hiding Behind Confusion: Pleural Empyema Caused by *Parvimonas micra*. *Surg Infect*. 2014; 15(3): 356-357.
5. Rodríguez-Segade S, Velasco D, Marcos PJ. Empiema secundario a coinfección por *Aggregatibacter aphrophilus* y *Parvimonas micra*. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51: 254-255.