

# 05

## Múltiples abscesos cerebrales en un paciente de la tercera edad

### *Multiple Brain Abscesses in an Elderly Patient*

#### ACCESO ABIERTO

**Recibido:** 06/06/2025

**Aceptado:** 10/06/2025

**Publicado:** 11/06/2025

**Citar como:** Alfonso Barrio FD, Avilleira Torres PF, García Alfonso de Armas T. Múltiples abscesos cerebrales en un paciente de la tercera edad. Inmedsur [Internet]. 2025 [citado fecha de acceso];8(2025): e402. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/402>

Fredy David Alfonso Barrio<sup>1</sup> , Pablo Felipe Avilleira Torres<sup>1</sup>  , Tamara García Alfonso de Armas<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos. Cuba.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

 Autor para la correspondencia: [pabloavilleira@gmail.com](mailto:pabloavilleira@gmail.com)

**Palabras clave:** absceso; lesión cerebral; tomografía

**Keywords:** abscess; brain injury; tomography

## RESUMEN

El absceso cerebral es un padecimiento que ha aparecido con mayor frecuencia en la práctica clínica y provoca una gran cantidad de decesos por la no detección oportuna. Se define como un proceso supurativo focal del parénquima cerebral, constituye un problema de salud mundial por su alta morbilidad y mortalidad. Se presenta el caso de un paciente de 64 años, con antecedentes de fiebre asociada a un dengue complicado que ingresó con cuadro de cefalea holocraneana intensa, desorientación, trastornos de la marcha y del equilibrio. Se realizó tomografía de cráneo y resonancia magnética que confirmaron la presencia de múltiples lesiones cerebrales, informadas como abscesos. Se aplicó tratamiento antimicrobiano. Se extrajeron los abscesos cerebelosos y de su cultivo se comprobó la presencia de *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo. Después del tratamiento con triple terapia, mejoró el síndrome neurológico infeccioso, así como el nivel de conciencia y los signos de rigidez meníngea. Desapareció la cefalea poco a poco y no se encontraron signos motores focales deficitarios. Se presenta el caso para mostrar el cuadro clínico y evolución de un paciente con múltiples abscesos cerebrales.

## ABSTRACT

Brain abscess is a condition that has appeared with increasing frequency in clinical practice and causes a large number of deaths due to lack of timely detection. Defined as a focal suppurative process of the brain parenchyma, it constitutes a global health problem due to its high morbidity and mortality. We present the case of a 64-year-old patient with a history of fever associated with complicated dengue fever who was admitted with severe holocranial headache, disorientation, and gait and balance disturbances. A CT scan of the head and magnetic resonance imaging confirmed the presence of multiple brain lesions, reported as abscesses. Antimicrobial treatment was administered. The cerebellar abscesses were drained, and their culture confirmed the presence of coagulase-positive *Staphylococcus aureus*. After treatment with triple therapy, the infectious neurological syndrome improved, as did the level of consciousness and the signs of meningeal rigidity. The headache gradually resolved, and no focal motor deficits were found. The case is presented to show the clinical picture and evolution of a patient with multiple brain abscesses.

---

## INTRODUCCIÓN

---

El absceso cerebral (AC) se define como un proceso supurativo focal del parénquima cerebral, una acumulación de pus, células inmunitarias y otros materiales en el cerebro, causado por una infección bacteriana o micótica, que inicia como un área localizada de cerebritis que posteriormente se convierte en una colección de pus dentro de una cápsula bien vascularizada. (1,2,3,4)

El absceso cerebral fue considerado como un fenómeno letal hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX. Es un fenómeno frecuente en la medicina y muchas veces se encuentra presente en individuos inmunodeprimidos, así como, en personas con un uso creciente de antibióticos de largo espectro, inmunosupresores y corticoides. (1,2,3,4)

Los avances en las técnicas neuroquirúrgicas, la introducción de los antibióticos y la mejora de las técnicas diagnósticas, sobre todo la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) han establecido un punto de inflexión en la mortalidad asociada a este proceso. (1,2)

En la mayoría de los casos se presenta durante la tercera década de la vida, pero puede manifestarse a cualquier edad, es más frecuente en el sexo masculino y los agentes aislados más habituales son el estreptococo y el estafilococo, que suelen ser pluribacterianos. Las manifestaciones clínicas son variadas, aunque generalmente está presente la tríada característica de fiebre, cefalea y signos focales, también, puede presentarse somnolencia y déficits neurológicos, así como signos propios de la localización topográfica de la convexidad cerebral. (1,2,4)

El tratamiento antibiótico es la piedra angular en todas las fases del AC y requiere un alto índice de sospecha para que sea exitoso. La combinación de drenaje quirúrgico asociado a terapia medicamentosa es el resultado más relevante para el éxito del tratamiento. El diagnóstico diferencial es amplio y la sospecha clínica debe ser precoz para lograr un tratamiento oportuno, multidisciplinario y que asegure un buen pronóstico. (5,6,7,8)

La primera interacción para la formación del absceso, es la vía de entrada de los patógenos al sistema nervioso central, la diseminación contigua a partir de focos infecciosos de las estructuras craneales adyacentes como el oído o los senos paranasales representa la vía más común, de 75 a 85 % de los casos. La diseminación hematógena por el torrente sanguíneo desde un foco infeccioso distante, nasofaríngeo generalmente, es la responsable de 14 a 28 % de los casos. Por último, la diseminación por entrada directa: secundaria a drenajes ventriculares, colocación de catéteres epidurales, trauma craneoencefálico, implantes cocleares y procedimientos faciales, constituyen un 10 % de las vías de entrada, (9,10) además, se debe destacar que, por la baja prevalencia de esta enfermedad o por su baja incidencia de detección en Cuba, no se precisan valores estadísticos en estudios recientes.

Por lo expuesto anteriormente y por la aparición de los casos cada vez más relevantes, en los centros de salud, de pacientes con estas complicaciones neurológicas y que, con un mal seguimiento se acompañan de un mal pronóstico y probabilidad de fallecimiento, para la investigación, se planteó el objetivo de: presentar el cuadro clínico y evolución de un paciente con múltiples abscesos cerebrales. El paciente firmó el consentimiento informado, que autorizó a publicar los elementos generales, sin incluir elementos de identidad personal. Se garantizó el anonimato en los modelos de recolección de la información.

---

## PRESENTACIÓN DEL CASO

---

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de color de piel blanca, de 64 años de edad, con antecedentes de salud aparente. Comenzó con un síndrome febril, que cedía con la administración de metamisol oral, acompañado de vómitos, asociado a un dengue complicado, posterior a esta situación apareció cefalea holocraneana intensa, desorientación, trastornos de la marcha y del equilibrio. El paciente acudió a cuerpo de guardia y se determinó su ingreso en el Servicio de Neurocirugía.

En el resumen sindrómico se planteó: síndrome de hipertensión endocraneal, síndrome febril inespecífico y síndrome cere-

beloso. Se le realizaron varios exámenes complementarios y presentó gran leucocitosis con neutrofilia. Se le realizó punción lumbar y se observó una coloración turbia del líquido cefalorraquídeo (LCR). En el examen citoquímico se encontró hiperproteinorraquia, hipogluorraquia y abundantes células.

En el diagnóstico diferencial se descartó la posibilidad de una metástasis cerebral múltiple al no existir evidencia de tumor previo, ni cuadro asociado a lesión tumoral. Se descartó una hemorragia intraparenquimatosa espontánea porque no se recogieron antecedentes de hipertensión arterial (HTA) previa, cefalea de comienzo brusco acompañada de deterioro cognitivo progresivo con defecto motor. No se descartó la posibilidad de absceso cerebral debido a que el paciente había presentado un cuadro febril y luego comenzó con trastorno de la marcha, pérdida de equilibrio, desorientación y rigidez en la nuca. Ante la gama sintomatológica del paciente se sospechó desde el primer momento, que presentaba un síndrome frontal asociado a síntomas de hipertensión endocraneana y debido al antecedente del cuadro neurológico infeccioso presentado y la positividad del estudio del LCR, se planteó la posibilidad de la existencia del absceso cerebral.

Para el diagnóstico imagenológico se decidió realizar TAC del cráneo en la que se observaron: en el hemisferio cerebeloso izquierdo varias imágenes hipodensas en anillo, con elementos de necrosis en su interior, con abundante edema perilesional, dilatación del III ventrículo y de los ventrículos laterales. A nivel del lóbulo frontal derecho se observó, también, una imagen redondeada compleja de bordes bien definidos con un borde regular hiperdenso con imagen hipodensa perilesional. (Fig. 1).

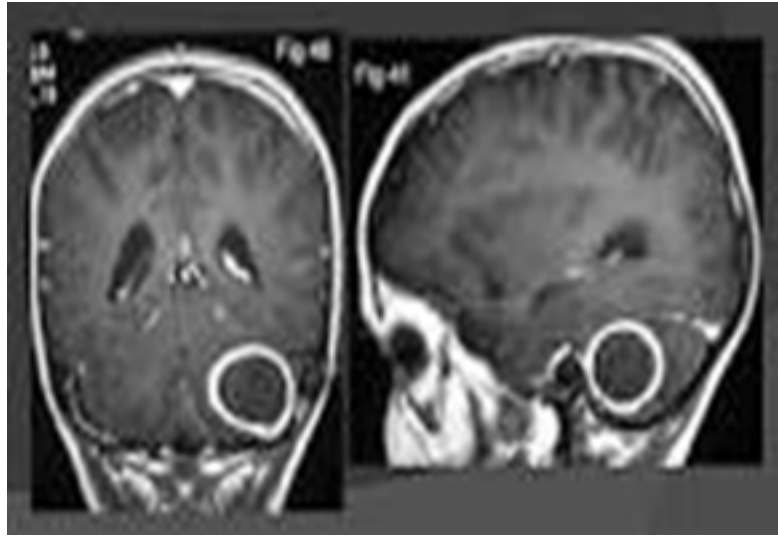


**Fig. 1.** TAC craneal a cortes de 5 mm

En el diagnóstico topográfico en la región frontal derecha, se observó imagen hipodensa bien redondeada y en la fosa posterior izquierda varias imágenes hipodensas con borde hiperdenso bien definido.

La impresión diagnóstica fue la de un absceso cerebral múltiple con hipertensión endocraneal e hidrocefalia triventricular aguda.

Ante la necesidad de elementos imagenológicos más exactos se orientó realizar una RMN del cráneo que mostró imágenes encapsuladas con abundante edema perilesional. (Fig. 2).



**Figs. 2** RM de cráneo donde se muestran imágenes encapsuladas con abundante edema perilesional

Se comenzó un tratamiento antibacteriano con vancomicina en dosis de 45 mg. por kg. de peso corporal cada 24 horas, cefotaxima 2 g. cada 4 horas y metronidazol 7,5 mg/kg cada 6 horas. Se realizó el drenaje de los abscesos cerebelosos mediante la hemicraniectomía de la fosa posterior lateral izquierda y drenaje de las lesiones, se mantuvo con triple terapia endovenosa por 21 días y luego por vía oral durante 3 meses a razón de 1 tableta de metronidazol de 500 mg cada 12 horas.

Una vez extraído los abscesos cerebelosos se realizó su apertura y se cultivó su contenido purulento, lo que arrojó un *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo, sensible a los antibióticos que ya se estaban aplicando. Después del tratamiento con triple terapia, mejoró el síndrome neurológico infeccioso, así como, el nivel de conciencia y los signos de hipertensión meníngea. Desapareció la cefalea poco a poco y no se encontraron signos motores focales que fueran deficitarios.

Se le realizó una TAC craneal postquirúrgica donde se observó la ausencia de los abscesos cerebelosos y una disminución del tamaño del absceso del lóbulo frontal derecho, así como, el edema cerebral residual de la manipulación transquirúrgica. Luego de estos procedimientos el paciente mejoró sintomatológicamente de manera general y se decidió su alta hospitalaria con seguimiento en consulta externa.

## DISCUSIÓN

Los microorganismos que con mayor frecuencia causan un absceso cerebral son los estreptococos virulentos, muchos de los cuales son anaerobios o microaerófilos. Estos patógenos se encuentran a menudo en combinación con otras bacterias anaerobias, sobre todo, bacteroides y propionibacterium (difteroides), y pueden combinarse con enterobacteriaceae, como *e. coli* y *proteus*, también los estafilococos ocasionan con frecuencia abscesos encefálicos, pero los neumococos, los meningococos y *h. influenzae* rara vez lo hacen, además, en algunos casos se aíslan las bacterias superiores grampositivas; actinomices, nocardia y ciertos hongos, de manera notable, *cándida* y *aspergillus*,<sup>(11)</sup> aspectos que concuerdan con este caso en el cual se aisló un *staphylococcus aureus*.

El tipo de microorganismo tiende a variar con el origen del absceso. Los abscesos originados por estafilococos suelen ser consecuencia de infecciones y traumatismos accidentales o quirúrgicos. Los microorganismos intestinales casi siempre se relacionan con infecciones de los oídos y los estreptococos anaerobios son muchas veces metastásicos, originados en el

pulmón y los senos paranasales. La infección pulmonar con nocardia, predispone a un absceso cerebral con este mismo microorganismo. <sup>(12)</sup>

El término cerebritis se aplica en forma laxa a esta encefalitis supurativa local o absceso inmaduro. La intensidad de la reacción empieza a disminuir en varios días y la infección tiende a volverse delimitada. El centro del absceso toma el carácter del pus, en la periferia los fibroblastos proliferan desde la adventicia de los vasos sanguíneos recién formados y constituyen tejido de granulación, que se identifica con facilidad al cabo de dos semanas tras el inicio de la infección. Conforme el absceso se torna crónico, el tejido de granulación se sustituye por tejido conjuntivo en forma de colágeno, además, se observa, sea en animales de experimentación o seres humanos, que la cápsula del absceso no es de espesor uniforme y muchas veces es más delgada en su superficie medial (paraventricular). <sup>(11)</sup>

Zheng y cols. <sup>(12)</sup> plantearon que durante la etapa de cerebritis y de la formación temprana del absceso, que en esencia es una encefalitis purulenta focal aguda, la operación intracraneal logra poco y tal vez no haga más que lesionar e incrementar el edema del tejido encefálico y diseminar la infección, resultados que discrepan en este caso ya que al paciente se le realizó una craniectomía parcial para el drenaje del absceso y se obtuvieron resultados favorables, así como, la mejoría clínica con respecto a la hipertensión endocraneana y los defectos neurológicos.

Algunos casos pueden curarse en esta etapa mediante la administración de antibióticos adecuados, incluso, antes de emprender el estudio bacteriológico de la masa intracerebral, se pueden administrar algunos antibióticos: penicilina G, 20 a 24 millones de U, o una cefalosporina de tercera generación, o 4 a 6 g de cloranfenicol o metronidazol en una dosis inicial de 15 mg/kg, seguidos de 7,5 mg/kg cada 6 h. <sup>(12)</sup> Los fármacos anteriores se administran por vía endovenosa y en fracciones diarias, en este caso se cumplió de forma parcial con este tratamiento planteado, ya que se administró vancomicina, cefotaxima y metronidazol.

Vallejos y cols. <sup>(13)</sup> expusieron en su estudio que los abscesos causados por bacterias provenientes de la boca no reaccionan satisfactoriamente a ninguno de los regímenes anteriores, porque a menudo, existen microorganismos gramnegativos contra ellos. Se recomienda usar una cefalosporina de tercera o cuarta generación como la cefotaxima, a razón de 2 g/4 h por vía endovenosa. En todos los casos es recomendable que el tratamiento abarque varias semanas, resultados que no concuerdan con este caso ya que se implementó de manera profiláctica el tratamiento farmacológico con vancomicina, metronidazol y una cefalosporina de segunda generación.

Vitali y cols. <sup>(14)</sup> fundamentaron en su investigación que, el médico debe tratar el incremento inicial de la tensión intracraneal y la amenaza de hernia del cerebelo o del lóbulo temporal con manitol endovenoso y dexametasona en dosis de 6 a 12 mg/ 6 h. Si la mejoría no inicia pronto, se torna necesario aspirar el absceso de manera estereotáxica o resecarlo mediante un procedimiento abierto para el diagnóstico etiológico preciso (tinción de Gram y cultivo). La decisión en cuanto a la aspiración o la remoción abierta del absceso depende del sitio en que se encuentre y la evolución de los signos clínicos, así como del efecto de la lesión que ocupa espacio y el edema circundante, procedimiento descompresivo mediante craniectomía y drenaje que se realizó en este caso y tuvo una evolución satisfactoria.

Según plantearon Calderón y cols. <sup>(15)</sup> la escisión total solo debe intentarse si el absceso es solitario, superficial y bien encapsulado o se relaciona con un cuerpo extraño, si es profundo, el método de elección actual es la aspiración estereotáxica y repetida en caso de ser necesario.

Calderón y cols. <sup>(15)</sup> en su investigación afirmaron que, los pacientes tratados solo con terapia médica, generalmente, mejoraron clínicamente antes de que se observaran cambios en la neuroimagen. La TAC y la resonancia magnética deberían mostrar, finalmente, una disminución en el tamaño de la lesión y el edema, así como ocurrió en el caso presentado donde se notó una clara mejoría clínica con el inicio de la terapia.

El absceso cerebral se confirma como una entidad neuroinfecciosa de elevada letalidad, cuya evolución depende crítica-

mente de la intervención temprana y multidisciplinaria. El presente caso demostró que, incluso en escenarios complejos con abscesos múltiples y compromiso de fosa posterior, la sinergia entre abordaje médico y quirúrgico permite resultados neurológicos favorables. La excelencia en el manejo de este padecimiento requiere tanto de la aplicación rigurosa de evidencia científica como de la adaptación flexible a las particularidades de cada paciente, lo que demuestra que, incluso en situaciones de alta complejidad, la recuperación sin secuelas significativas es un objetivo alcanzable.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

**FDAB:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

**PFAT:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

**TGAA:** Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra R, Sierra EM, Socorro Y, León MQ, Alemán AD. Absceso cerebral múltiple del lóbulo temporal derecho, reporte de un caso. *Rev Med Electrón*[Internet]. 2020[citado 9/10/24];42(3):[aprox. 11p.]. Disponible en: [https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000301948&lng=es](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301948&lng=es).
2. Alonso A, Alonso O, Aneiros R. Abscesos cerebrales múltiples debido a meningoencefalitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*. *Rev Cubana de Med Intensiva Emergen*[Internet]. 2019[citado 9/10/24];18(3):[aprox. 6p.]. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/598/pdf>.
3. Southwick FS, Tunkel AR, Hall KK. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of brain abscess[Internet]. Amsterdam:UpToDate;2021[citado 24/3/24]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-brain-abscess?search=brain%20abcess&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3](https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-brain-abscess?search=brain%20abcess&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3).
4. Alhambra M, Saínez C, Delgado L, Álvarez P, De Coll JC, Cruz MA. Patología del Cerebelo de lo más Infrecuente a lo más Frecuente. *SERAM*[Internet]. 2021[citado 5/10/24];1(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4519/2985>.
5. Sorolla JP. Anomalías craneofaciales. *Rev Med Clin Las Condes*[Internet]. 2020[citado 12/10/24];21(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705009/pdf?md5=5b3084a033e178eb496860c342b18a4&pid=1-s2.0-S0716864010705009-main.pdf>.
6. López IW, Rivera SE, Gil RC. Craniectomía descompresiva de fosa posterior en malformación de Chiari. *Rev Guatem Cir*[Internet]. 2020[citado 12/10/24];26(2):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pp.centramerica.com/pp/banco-fotos/1519-40491.pdf>.
7. Hall W, Mesfin F. Brain Abscess[Internet]. Bethesda:StatPearls;2021[citado 9/10/24]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441841/>.
8. Yépez J, Pérez C, Lambertinez I, Pájaro N, Arrieta D, Hurtado D, et al. Absceso Cerebral: Una Revisión de la Literatura. *iMedPubJournals*[Internet]. 2021[citado 11/10/24];17(3):[aprox. 16p.]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/absceso-cerebral-una-revisioacuten-de-la-literatura.pdf>.
9. Wang A. Clinical manifestations and evaluation of adults with suspected left-sided native valve endocarditis[Internet]. Amsterdam:UpToDate;2021[citado 11/10/24]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-adults-with-suspected-left-sided-native-valve-endocarditis?search=endocarditis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H2802726720](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-adults-with-suspected-left-sided-native-valve-endocarditis?search=endocarditis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2802726720).
10. Sexton D, Calderwood S. Complications and outcome of infective endocarditis[Internet]. Amsterdam:UpToDate;2021[citado 11/11/24]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/complications-and-outcome-of-infective-endocarditis?search=endocarditis&source=search\\_result&selectedTitle=8~150&usage\\_type=default&display\\_rank=8#H11](https://www.uptodate.com/contents/complications-and-outcome-of-infective-endocarditis?search=endocarditis&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8#H11).
11. Sonnevile R, Ruimy R, Benzonana N, Riffaud L, Carcin A, Tadié JM. An update on bacterial brain abscess in immunocompetent patients. *Clin Microbiol Infect*. 2022;23(9):614-20.
12. Zheng Q, Liu C, Pan Q, Chang J, Cui J. Development status and application of neuronavigation system. *JVE Journals Complexity Health Sciences*. 2020;3(1):9-25.
13. Vallejos M, Llanes G, Melo C, Ruiz V, Lajarthe A. Abscesos cerebrales múltiples a *Nocardiaspp*. Reporte de caso. *Rev Inst Med Trop*[Internet]. 2024[citado 11/11/25];19(1):[aprox. 6p.]. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v19n1/1996-3696-imt-19-01-49.pdf>.
14. Vitali P, Savoldi F, Segati F, Melazzini L, Zanardo M, Fedelli MP, et al. MRI versus CT in the detection of brain lesions in patients with infective endocarditis before or after cardiac surgery. *Diagnostic Neuroradiology*. 2021;64(1):905-13.
15. Calderón R, Juárez AM, Robles HE, Castillo EA, Hernández PS, Pérez R, et al. Absceso cerebral: revisión de caso clínico. *Rev Sanid Mil*[Internet]. 2022[citado 8/12/24];76(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rsm/v76n1/0301-696X-rsm-76-01-e02.pdf>.

# INMEDSUR



Este artículo de la [Revista Inmedsur](#) está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la [Revista Inmedsur](#).