

<b>Caso</b>	(408) Absceso cerebral como imitador del ictus: cuando no todo es lo que parece.
<b>Autores</b>	Paula Heredia Cachá, Paula Heredia Cachá, Zhao Hui Chen Zhou, Patricia Martín Medina, Beatriz Bermejo Guerrero, Eric Castañé Isern.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, España.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 90 años traído al hospital por presentar parestesias y debilidad en el miembro inferior derecho. Como único antecedente de interés presentaba un adenocarcinoma de esófago.

A su llegada al hospital se activó el código ictus y se realizó un TC de cráneo sin contraste intravenoso (CIV) y un angio-TC de troncos supraaórticos. En el TC basal se observaba una hipodensidad en sustancia blanca frontoparietal parasagital izquierda adyacente al surco central. En el estudio vascular, no se apreciaron alteraciones significativas. Ante dichos hallazgos, se sugirió que pudiese tratarse de un pequeño infarto subagudo en territorio de la ACA izquierda.

Una semana más tarde, durante su ingreso, ante la progresión clínica hacia una hemiparesia derecha completa, se realizó un TC de control (sin y con CIV), observándose el crecimiento de una LOE frontoparietal parasagital izquierda de 3,5 cm, con captación en anillo fino y centro hipocaptante, con extenso edema perilesional. Ante dichos hallazgos, y dada la rápida evolución (6 días), se sugirió como primera posibilidad un absceso cerebral. La RM realizada al día siguiente fue compatible con el diagnóstico. Tras evacuación quirúrgica y tratamiento antibiótico dirigido (estreptococos), el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

## DISCUSIÓN

Los imitadores del ictus representan hasta el 25% de los códigos ictus en algunos servicios de Urgencias. Las entidades más frecuentes son: crisis epilépticas, síncope, migrañas, desórdenes psiquiátricos, infecciones, tumores cerebrales, o afectación metabólica/desmielinizante. Las infecciones, en forma de encefalitis o abscesos cerebrales, conforman uno de los grandes grupos. Los abscesos pueden ser secundarios a extensión por contigüidad, diseminación hematogena de un foco distante (más frecuente en inmunodeprimidos) o constituir una complicación de un traumatismo/cirugía. La localización y, por tanto, la clínica dependen de su origen. La cefalea es el síntoma más frecuente, pudiendo presentar también fiebre, déficits neurológicos focales, alteración del nivel de consciencia, náuseas, vómitos, crisis epilépticas...; La prueba de imagen inicial de elección es el TC, permite localizar las lesiones, valorar el efecto de masa y complicaciones, y facilitar la planificación quirúrgica. Sin embargo, la RM presenta mayor sensibilidad.

Los hallazgos dependen del tiempo de evolución, describiéndose cuatro fases: cerebritis precoz y tardía, formación capsular precoz y tardía.

En las fases de cerebritis la imagen es inespecífica, superponible a la del infarto. En el TC se ve una hipodensidad mal definida que en RM es hiperintensa en T2 e iso/hipointensa en T1, con una captación variable (a veces sin realce).

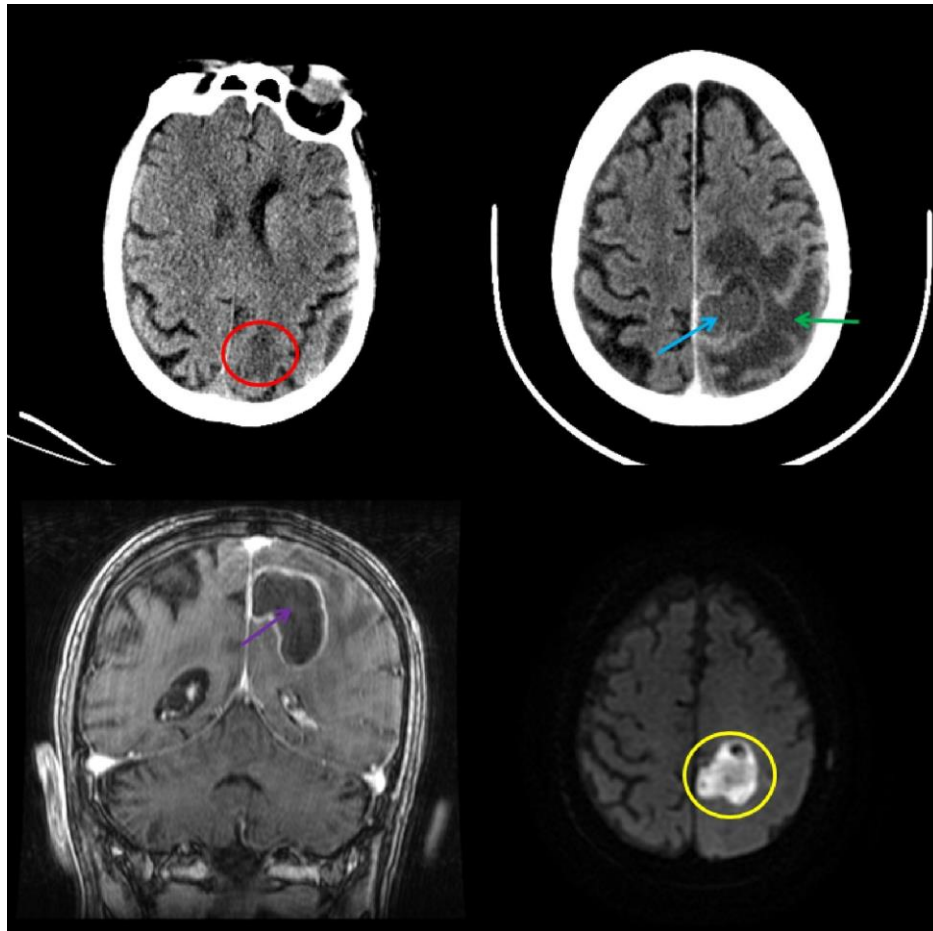
En las fases tardías del absceso piógeno los hallazgos, sin ser patognomónicos, presentan mayor especificidad. La lesión madura consta de un núcleo necrótico con material purulento y una cápsula periférica de colágeno. En el TC, el core es hipodenso y la cápsula, a veces perceptible sin CIV, presenta realce homogéneo. Además suele asociar extenso edema vasogénico. En RM, el contenido proteínáceo tiene un comportamiento típico, es hipo/isointenso en T1, y en T2 es iso/hiperintenso, con marcada restricción central en difusión.

## **CONCLUSIÓN**

Los simuladores del ictus son condiciones que se manifiestan como un déficit neurológico focal simulando un infarto cerebral agudo. En los abscesos piógenos, como en nuestro caso, en las fases precoces (cerebritis) la expresión radiológica puede ser indistinguible de la de un infarto, en forma de hipodensidades cortico-subcorticales en el TC basal.

En fases avanzadas, los hallazgos son más específicos aunque no patognomónicos, y el diagnóstico diferencial se plantea con otras entidades que muestran realce en anillo: además de la etiología vascular-isquémica, también con tumores del SNC (metástasis principalmente) o enfermedades desmielinizantes (cuyo realce suele ser en anillo incompleto).

El papel de radiólogo y la neuroimagen es fundamental en la exclusión de estas entidades en el servicio de urgencias, siendo imprescindible la correlación clínica.



*Figura A. TC sin CIV realizado en urgencias que muestra una pequeña hipodensidad frontoparietal parasagital izquierda, adyacente al surco central (rojo). Figura B. TC con CIV, realizado 7 días más tarde, en el que se ve una LOE de 3,5cm frontoparietal parasagital izquierda con contenido central isodenso y captación periférica lineal continua (flecha azul), que presenta extenso edema perilesional (flecha verde). Figuras C y D. En RM, la lesión presenta el comportamiento típico de un absceso cerebral, con captación en anillo (flecha morada) en la secuencia T1 con CIV (C) e intensa restricción central (amarillo) en difusión (D).*

## BIBLIOGRAFÍA

Vilela P. Acute stroke differential diagnosis: Stroke mimics. *Eur J Radiol.* 2017; 96: 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2017.05.008>. Rath TJ, Hughes M, Arabi M, Shah GV. Imaging of cerebritis, encephalitis, and brain abscess. *Neuroimaging Clin N Am* 2012; 22(4):585-607. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2012.04.002>.

Jeong DE, Lee J. Brain Abscess Masquerading as Brain Infarction. *Brain Sci.* 2020; 10(7):440. Published 2020 Jul 11. <https://doi.org/10.3390/brainsci10070440>. Britt R.H., Enzmann D.R. Clinical stages of human brain abscesses on serial CT scans after contrast infusion. *Computerized tomographic, neuropathological, and clinical correlations.* *J Neurosurg* 1983; 59: 972-989. <https://doi.org/10.3171/jns.1983.59.6.0972>.