

Caso	(435) Abscesos cerebelosos por Nocardia
Autores	Cristina Jiménez Pulido, Irene Sánchez Serrano, Carmen Trejo Gallego, Maximiliano Francisco Suazo Aravena, Gloria Pérez Hernández, Irene García Tuells, Ignacio Herves Escobedo
Centro	Hospital General Universitario Morales Meseguer

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 56 años que consultó en el Servicio de Urgencias por cefalea opresiva cérvico-occipital de 10 días de evolución acompañada de disartria, mareo e inestabilidad. No asociaba síndrome constitucional, fiebre ni síntomas respiratorios.

Se realizó un TC de cráneo simple en el que se observaba una lesión hipodensa en vermis y hemisferio cerebeloso derecho, con edema periférico y efecto de masa sobre el IV ventrículo (Figura 1A), que planteó el diagnóstico diferencial entre una metástasis y un tumor primario. Ante estos hallazgos se completó el estudio con un TC toraco-abdominal en el que se observaron infiltrados pulmonares en vidrio deslustrado bilaterales, que plantearon el diagnóstico de afectación inflamatoria o tumoral tipo adenocarcinoma difuso.

En la RM cerebral con contraste realizada posteriormente se identificaron varias lesiones hiperintensas en T2 con cápsula hipointensa (Figura 1B), de aspecto quístico, con restricción central de la difusión (Figura 1C) y realce periférico en anillo en la secuencia T1 con contraste (Figura 1D). Ante los hallazgos se estableció el diagnóstico de abscesos cerebelosos.

El paciente fue sometido a un drenaje quirúrgico de los abscesos y en el cultivo microbiológico se aisló Nocardia como agente etiológico, estableciéndose el diagnóstico definitivo de abscesos cerebelosos por Nocardia.

DISCUSIÓN

La Nocardia es una bacteria gram positiva que provoca infecciones oportunistas típicamente en inmunodeprimidos y en individuos con patología pulmonar predisponente. En nuestro caso, ante los hallazgos del TC toraco-abdominal se realizó una biopsia transbronquial que fue negativa para células neoplásicas, mientras que el lavado bronquioalveolar fue compatible con una proteinosis alveolar, una enfermedad pulmonar poco frecuente en la que existe acúmulo de material derivado del surfactante en el espacio alveolar y que se asocia con frecuencia a infección sobreañadida por Nocardia.

La infección del SNC por Nocardia suele deberse a la extensión hematógena desde un foco pulmonar. En el SNC la nocardiosis puede producir una meningoencefalitis, infecciones medulares y abscesos cerebrales¹. Los abscesos suelen manifestarse clínicamente mediante cefalea, convulsiones o déficits neurológicos, y en el caso de la Nocardia normalmente asocian mayor morbimortalidad que los producidos por otros microorganismos².

El principal diagnóstico diferencial de los abscesos cerebrales son los tumores, entre ellos las metástasis, ya que clínicamente los abscesos por *Nocardia* se presentan de forma larvada, sin síntomas de infección sistémica. Sin embargo, en los estudios de imagen las metástasis presentan típicamente un realce periférico más irregular y nodular en comparación con el realce fino de los abscesos y suelen mostrar restricción de la difusión en su periferia, mientras que en los abscesos es típicamente central³.

El tratamiento de los abscesos cerebrales suele ser conservador mediante antibioterapia, a no ser que causen algún tipo de déficit neurológico, síntomas de hipertensión intracraneal o presenten un tamaño superior a 2,5cm, en cuyo caso se recomienda el drenaje quirúrgico. En nuestro caso, el paciente mejoró tanto clínica como radiológicamente en controles sucesivos tras el drenaje de los abscesos.

CONCLUSIÓN

Ante la presencia de lesiones quísticas cerebelosas en adultos debemos plantear el diagnóstico diferencial entre las metástasis, tumores primarios como el hemangioblastoma y los abscesos, aunque a veces pueden ser indistinguibles mediante TC, con un papel relevante de la RM en este aspecto. Como radiólogos es muy importante establecer una aproximación diagnóstica lo más precoz posible, ya que en el caso de los abscesos cerebrales un retraso en el diagnóstico puede comprometer la vida del paciente.

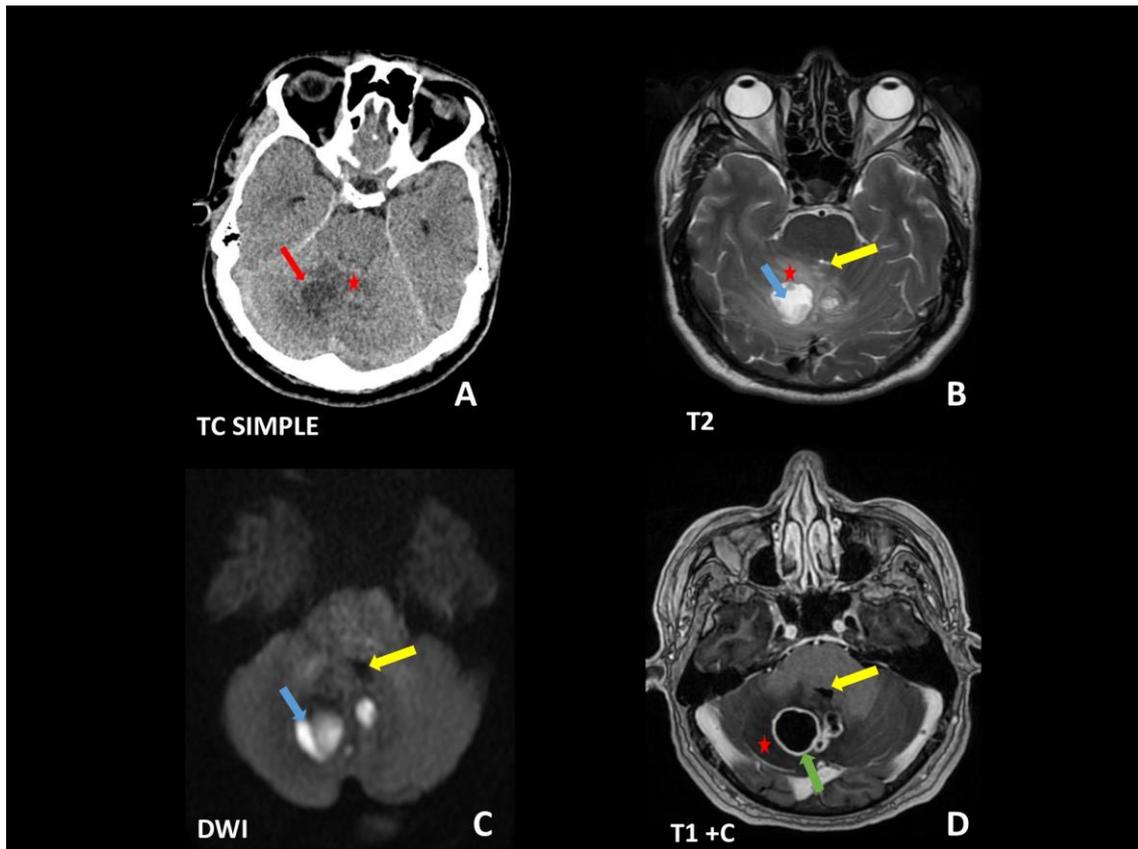


Figura 1. En el TC simple (A) se observa una lesión hipodensa de naturaleza quística en el hemisferio cerebeloso derecho (flecha roja) con hipodensidad del parénquima adyacente compatible con edema (estrella roja). En la RM cerebral con contraste (B, C y D) observamos que la lesión está formada por la confluencia de varias imágenes redondeadas de aspecto quístico con contenido hiperintenso heterogéneo en T2 (B) y restricción de la difusión central (C) (flecha azul). Tras la administración de contraste (D) se aprecia un realce periférico fino de la cápsula externa de la lesión multiquística (flecha verde). El edema circundante (estrella roja) ejerce efecto de masa sobre el IV ventrículo, colapsándolo (flecha amarilla).

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Corsini Campioli C, Castillo Almeida NE, O'Horo JC, Challener D, Go JR, DeSimone DC, Sohail MR. Clinical Presentation, Management, and Outcomes of Patients With Brain Abscess due to Nocardia Species. *Open Forum Infect Dis.* 2021;8:ofab067. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab067>.
- [2] Xiafei Lyu, Zhixia Chen, Yi Xie, Qianqian Liu, Hongli Bai. Radiological findings in patients with nocardiosis: a case series and literature review. *Radiology of Infectious Diseases.* 2017;4: 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.jrid.2016.11.004>.
- [3] Shih RY, Koeller KK. Bacterial, Fungal, and Parasitic Infections of the Central Nervous System: Radiologic-Pathologic Correlation and Historical Perspectives. *Radiographics.* 2015;35:1141-69. <https://doi.org/10.1148/rg.2015140317>.
- [4] Tamarit M, Poveda P, Barón M, Del Pozo JM. Four cases of nocardial brain abscess. *Surg Neurol Int.* 2012;3:88. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.99927>.