

2016 Septiembre, 6(4): 1-1

ABSCESO CEREBRAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

Vilela P.; Mazza A.; Chaumeil P.; Miller A.; Benavides O.

Universidad Nacional de La Plata; Facultad de Ciencias Médicas; Instituto Médico Platense

Introducción y Descripción

El síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria HHT es un trastorno displásico fibrovascular con manifestaciones en múltiples órganos, dando lugar frecuentemente al sangrado. Es un trastorno genético caracterizado por una alteración vascular displásica multisistémica de carácter autosómico dominante. El 95% de los afectados presentan epistaxis recurrentes y espontáneas con una edad media de comienzo a los 12 años e incremento progresivo del sangrado nasal. Generalmente se presenta asociado a malformaciones arteriovenosas pulmonares y/o múltiples telangiectasias en el sistema gastrointestinal, manos, cara, cavidad oral y afectación de otras vísceras.

Discusión

Paciente de 57 años de sexo femenino, con antecedentes de tabaquismo, enfermedad Rendu-Osler-Weber y múltiples cauterizaciones gastrointestinales por sangrado. Consulta el 18 de Noviembre del 2011, por cuadro clínico de una semana de evolución consistente en astenia, adinamia, somnolencia y cefalea holocraneana leve. Al examen físico paciente somnoliento con Glasgow 14/15 sin signos neurológicos focales, tacto rectal normal, se interna para evaluación y tratamiento; en videoendoscopia alta se visualizan angiomas sin sangrado activo reciente, el laboratorio presenta hematocrito: 26, Hb: 8,4 VCM: 66, ERS: 55, plaquetas: 705000, Leucocitos: 9940, resto dentro de los parámetros normales.

Evoluciona en las primeras 24 horas con aumento de cefalea, deterioro del sensorio y foco motor derecho asociado a incontinencia urinaria, se realiza TAC cerebral que evidencia imagen parietal cortico subcortical hipodensa con signos de edema periférico, colapso ventricular y desviación de la línea media, sumando con el agregado de contraste endovenoso realce periférico y en menor medida central. Por deterioro clínico es llevada a neurocirugía, drenándose absceso cerebral parietal derecho, se toma muestra para cultivo y se envía para estudio anatomopatológico. Durante la internación se inicia tratamiento Ceftriaxona + metronidazol y en busca de foco séptico se solicita ecocardiograma Doppler color informado como normal.

La Resonancia magnética de control muestra múltiples imágenes cerebrales pequeñas compatibles con abscesos; posteriormente se realiza arteriografía pulmonar por vía femoral en búsqueda de malformaciones vasculares, observándose dos fistulas arteriovenosas, una basal derecha de alto flujo y otra a nivel pulmonar izquierda medial con imagen de probable foco infeccioso. El cultivo de absceso cerebral reporta streptococcus viridans, continuándose el mismo esquema antibiótico. Se da de alta el 23 de Diciembre reingresando a los dos días por dolor torácico pleurítico, disnea, edema y dolor a la palpación en pantorrilla derecha, el ECO Doppler de miembros inferiores mostró TVP de femoral común, superficial y poplítea derecha. Se contraindica la anticoagulación por antecedente quirúrgico cerebral reciente, por lo que se le realiza en un tiempo embolización de fistulas pulmonares y colocación de filtro de vena cava, así mismo se evidenció en el estudio imagen compatible con trombo endoluminal en arteria pulmonar izquierda. Se da de alta el 9 de Enero con evolución favorable.