

Imagen del Mes

Dra. María Inés Gaitán y Dr. Carlos Romero

Pioventriculitis

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS RAÚL CARREA. FLENI
cromero@fleni.org.ar

RESUMEN

Hombre de 30 años de edad HIV (-) quien 3 meses previos a la consulta comienza con tos seca y posterior hemoptisis, agregando en los días previos a la internación cefalea holocraneana de moderada intensidad. Al ingreso se presenta somnoliento y con afasia mixta severa, obteniendo por punción lumbar LCR con hiperproteínorraquia y cultivos negativos. Por TC de tórax se diagnostica a nivel de la base pulmonar derecha absceso parcialmente cavitado aislando por punción del mismo estreptococo anaerobio y haemophilus influenza. Adicionalmente un ecocardiograma demuestra septum interauricular permeable con comunicación derecha-izquierda.

En las 48 hs posteriores el paciente presenta un síndrome meníngeo febril demostrando la RM de encéfalo típicas imágenes de abscesos múltiples con pioventriculitis en virtud de la señal anormal visible en difusión (DWI) tanto a nivel de las lesiones parenquimatosas como del contenido ventricular.

Palabras clave: Abscesos-Pioventriculitis-RM de encéfalo con DWI

ABSTRACT

A 30-year-old man who 3 months previously to the admission started with dry cough, and hemoptysis. Four days before to the admission he develops moderate holocranial headache.

In the clinical examination the patient was drowsy with mix severe aphasia; hyperproteínorraquia was detected on spinal fluid study but culture were negative.

The chest CT showed a right cavitated abscess; Streptococcus and a Haemophilus were isolated after puncture it; moreover in the Echocardiogram a communication between the right and the left cavities was noted.

In the following 48 hours he developed fever and a meningeal syndrome, and a brain MRI with DWI showed typical nodular high images of multiple abscess in association with pyoventriculitis because high signal in the ventricular system was also seen.

Key words: Abscess-Pyoventriculitis- Brain MRI with DWI

CASO CLÍNICO

Hombre de 30 años de edad HIV (-) quien 3 meses previos a la consulta comienza con tos seca y posterior hemoptisis, agregando en los días previos a la internación cefalea holocraneana de moderada intensidad. Al ingreso se presenta somnoliento y con afasia mixta severa. En la punción lumbar LCR se constataron hiperproteínorraquia y cultivos negativos.

Por TC de tórax se diagnostica a nivel de la base pulmonar derecha absceso parcialmente cavitado. La punción transtorácica de esta lesión, bajo control de TC, permite obtener material a partir del cual se aislan estreptococo anaerobio y haemophilus influenza. Adicionalmente un ecocardiograma demuestra septum interauricular permeable con comunicación derecha-izquierda.

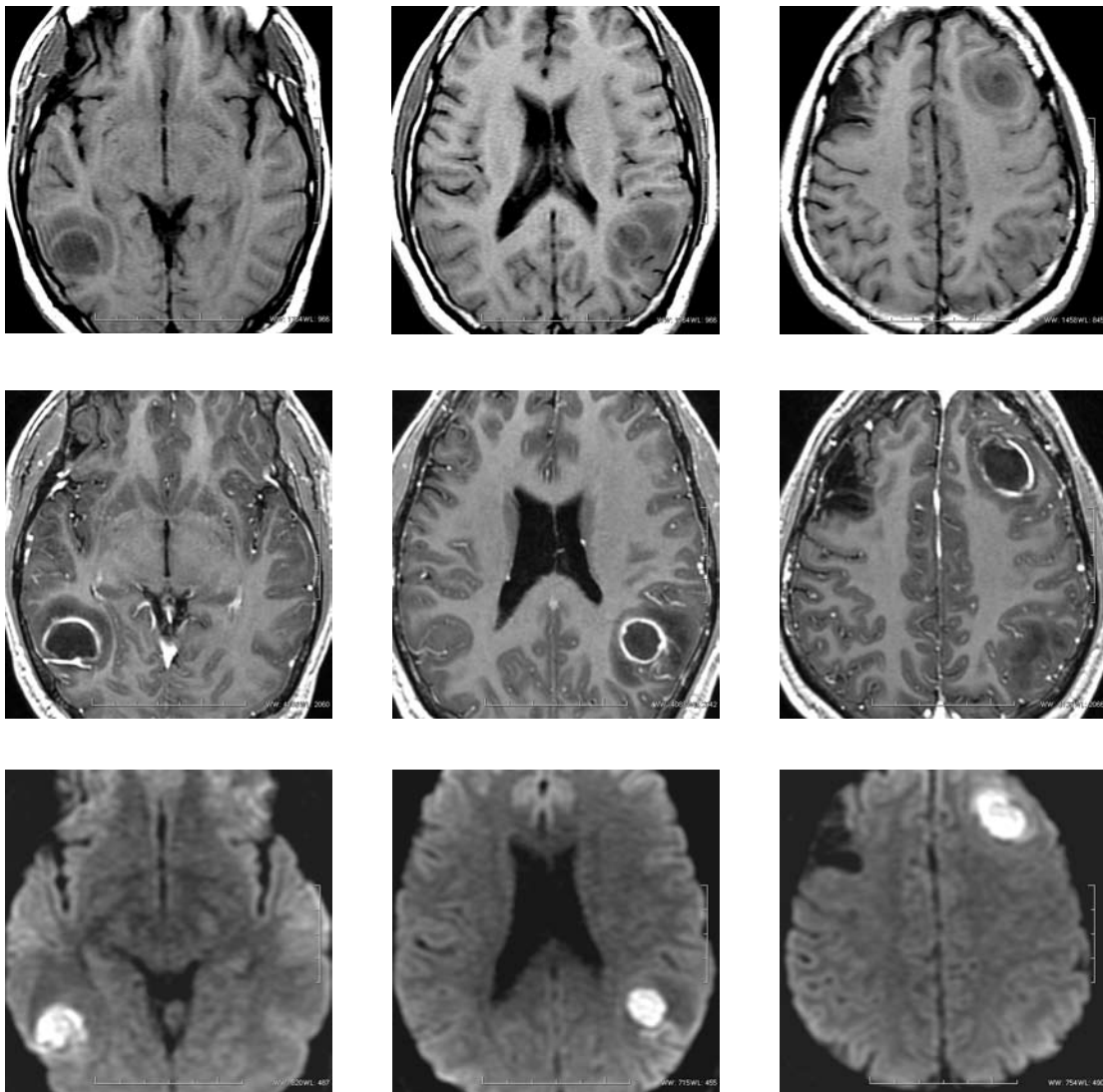
En las 48 hs posteriores, el paciente presenta un síndrome meníngeo febril demostrando la RM de encéfalo típicas imágenes de abscesos múltiples con pioventriculitis en virtud de la señal anormal visible en difusión (DWI) tanto a nivel de las lesiones parenquimatosas como del contenido ventricular.

Los abscesos cerebrales piógenos suelen ser secundarios a focos infecciosos fuera del encéfalo. En el 30% de los casos la diseminación es hematógena más frecuentemente desde un foco dentario y en segundo lugar pulmonar, como fue el caso de nuestro paciente. Clínicamente se suelen manifestar con cefalea de moderada intensidad, febrícula y déficit focal. La prevalencia de pioventriculitis se estima en 10% de casos con hallazgos típicos en imágenes y manifestaciones clínicas de meningitis como las aquí observadas¹⁻².

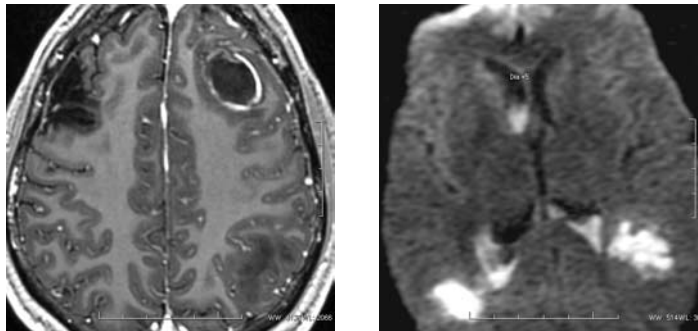
En RM cerebral con contraste una imagen redondeada con refuerzo anular, edema y efecto de masa resulta compatible con absceso cerebral. cuando, y en virtud de su contenido purulento, hay restricción en el movimiento del agua con señal brillante en la secuencia de difusión.

En tal contexto, de igual manera y por similar mecanismo, la señal hiperintensa visible en difusión tanto a nivel del espacio subaracnoideo como del contenido ventricular son compatibles con meningitis purulenta y pioventriculitis.³⁻⁴⁻⁵ ●

Cortes axiales en T1 sin y con contraste; axiales en difusión.



Control RM a 48hs-Cortes axiales en difusión.



REFERENCIAS

1. Foestester B. R., Thurnher M.M., Malani P.N., et al. Intracranial Infections: Clinical and Imaging Characteristics. *Acta Radiol*, Jan 2007, 48:8, 875-893
2. Calfee DP, Wispelwey B. Brain Abscess. *Semin Neurol* 2000;20:353-60.
3. Cartes-Zumelzu. FB., Stavrou. I., Castillo.M., et al. Diffusion-Weighted Imaging in the Assessment of Brain Abscesses Therapy *AJNR Am. J. Neuroradiol.*, Sep 2004; 25: 1310 - 1317.
4. Hartmann. M., Jansen. O., Heiland. S., et al. Restricted Diffusion within Ring Enhancement Is Not Pathognomonic for Brain Abscess *AJNR Am. J. Neuroradiol.*, Oct 2001; 22: 1738 - 1742.
5. Luthra. G., Parihar.A., Nath.K., et al. Comparative Evaluation of Fungal, Tubercular, and Pyogenic Brain Abscesses with Conventional and Diffusion MR Imaging and Proton MR Spectroscopy *AJNR Am. J. Neuroradiol.*, Aug 2007; 28: 1332 - 1338