

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ABSCESOS CEREBRALES EN
PEDIATRÍA**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIAR
20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
21. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
22. REFERENCIAS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 2 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

1. AUTOR:

Dra. Jackeline Levy, Servicio de Infectología Hospital del Niño: Dr. José Renán Esquivel

2. REVISORES:

Dra. Elizabeth Castaño, Servicio de Infectología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

El autor y los revisores que contribuyeron en la elaboración y revisión de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

El absceso cerebral es una infección infrecuente, sin embargo puede llegar a ser mortal o dejar secuelas neurológicas discapacitantes. Es usualmente la complicación de una infección previa o de algún proceso mecánico como traumas o neurocirugías. Es importante contar con un protocolo de manejo que nos permita detectar tempranamente esta infección y tomar las medidas adecuadas para prevenirla.

5. ALCANCE

Este protocolo está destinado a médicos generales y a pediatras de atención primaria, secundaria y terciaria que atienden a población pediátrica en la República de Panamá.

6. PROPÓSITO

Elaborar un protocolo de atención que permita determinar el manejo de pacientes pediátricos con absceso cerebral que incluya desde sus factores predisponentes hasta su diagnóstico y tratamiento.

7. OBJETIVO GENERAL

Establecer un protocolo de diagnóstico y tratamiento para Absceso cerebral.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proveer una guía clara para el diagnóstico y tratamiento tempranos del absceso cerebral en pediatría basados en criterios universales.
- Resaltar la importancia del tratamiento antibiótico y quirúrgico, temprano y oportuno para prevenir complicaciones discapacitantes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 3 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En los últimos 5 años se registraron en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel 20 casos de abscesos cerebrales. El 40% de los casos se registró en la edad escolar, entre 5 y 11 años, con igual proporción en el sexo masculino y femenino. Entre los factores predisponentes, se asoció en más del 50 % a presencia de infección contigua: meningitis bacteriana (25%), entre ellas 2 de origen estreptocócico confirmado, sinusitis, mastoiditis y abscesos cutáneos en cara. Otros factores involucrados fueron cardiopatía congénita, diseminación hematógena y alteraciones anatómicas cerebrales como encefalocele¹.

10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

G06.0 Absceso y granuloma intracraneal

11. EPIDEMIOLOGIA

El absceso cerebral es una infección infrecuente pero con importante morbimortalidad. Tiene su máxima incidencia entre 4 y 7 años de edad, siendo menos frecuente en los niños más pequeños (< 2 años)².

Los microorganismos causantes de la formación de los abscesos cerebrales pueden llegar al tejido encefálico por diseminación hematógena desde un foco infeccioso distante (aproximadamente un tercio de los casos), por extensión desde un foco contiguo (en torno a un 50%) o por inoculación directa. Se ha descrito que hasta en un 25% de los casos no se encuentra el origen del absceso²⁻⁴. La etiología depende del factor predisponente (meningitis bacteriana, sinusitis, otitis media crónica, mastoiditis, celulitis orbitaria, traumas craneales, procedimientos neuroquirúrgicos, cardiopatía congénita cianógena) y se encuentra resumida en el Anexo N°1³. Las infecciones polimicrobianas ocurren en más o menos 30%⁵.

12. DEFINICIÓN

El absceso cerebral es una infección supurada focal en el interior del parénquima cerebral, causada por una infección bacteriana, fúngica o parasitaria, y que puede producirse como complicación de múltiples situaciones, como infecciones generalizadas o localizadas en otra parte del organismo, traumatismos craneales y neurocirugía³.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 4 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

13. DIAGNÓSTICO

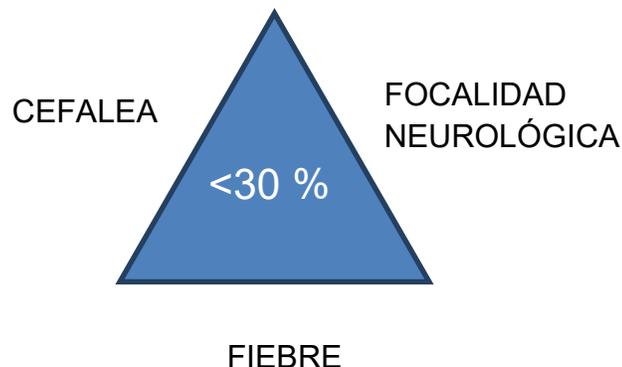
Los pilares del diagnóstico serán la sospecha clínica en base a la anamnesis y exploración física y las pruebas de imagen. Otras pruebas complementarias pueden ayudar en el mismo pero no suelen ser determinantes.

13.1 Manifestaciones clínicas

La presentación clínica del absceso cerebral depende del tamaño, número y localización de la colección, del edema circundante, de la virulencia del microorganismo y de la edad y estado inmune del paciente (Anexo N°2).

- Los síntomas y signos son inespecíficos y están relacionados con la hipertensión intracraneal (HTIC) debido al edema y al efecto de masa del absceso.
- Suelen tener un inicio subagudo y la mayoría presenta síntomas en la primera semana desde el inicio de la formación del absceso, siendo la duración media de los síntomas y signos antes del diagnóstico de 2 semanas, aunque en algunos casos puede ser de varios meses.
- La tríada clásica de **fiebre, cefalea y focalidad neurológica** se observa en menos del 30% de los casos.
- Fiebre, vómitos y cefaleas ($\approx 50\%$ de los casos), cambios en el estado mental (30-40%), convulsiones (25-35%), coma (15-20%).
- Papiledema (30-40%), signos meníngeos (25-35%), hemiparesia (20-30%), ataxia (5-15%).
- Un deterioro brusco del estado clínico, normalmente acompañado de signos meníngeos, sugiere la ruptura del absceso a los ventrículos o al espacio subaracnoideo.

Figura N°1 Tríada clásica en Absceso cerebral.



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 5 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

13.2 Pruebas de laboratorio

-Análítica general: Suele ser inespecífica, puede mostrar leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda.

-Hemocultivo: sólo será positivo entre aproximadamente el 10%-28% de los casos. Es importante tomar hemocultivos con suficiente muestra de sangre (idealmente 10 ml) antes del inicio de la terapia antibiótica.

-Punción lumbar y estudio de LCR: No se recomienda realizar punción lumbar en caso de absceso cerebral ya que existe riesgo de herniación y muerte. Además, en caso de que el absceso no este roto, el LCR no aportará datos etiológicos. La bioquímica del LCR suele mostrar aumento de proteínas y pleocitosis con neutrofilia. El cultivo es positivo en aproximadamente el 10% de los casos.

13.3 Estudios de imagen

La información que aporta la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral suele ser complementaria.

La TAC craneal:

- Con contraste, es la prueba de elección para establecer el diagnóstico inicial.
- Permite determinar el número, tamaño y localización con alta sensibilidad y especificidad
- Permite monitorizar la respuesta al tratamiento y en función de las características de la imagen se puede establecer el estadio del absceso.
 - En el caso de que se encuentre en fase de cerebritis puede observarse contraste en el centro de la lesión, mientras que cuando este no se visualice esto nos indicará que la capsula ya está formada. Este hallazgo es importante pues solo en el caso de que exista cerebritis (absceso con menos de 2 semanas de evolución) se podría valorar instaurar tratamiento antibiótico sin abordaje quirúrgico en inicio y controlar al paciente clínicamente y mediante técnicas de imagen que al inicio deben ser incluso semanales para comprobar respuesta al tratamiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 6 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

La Resonancia Magnética Nuclear:

- Es más sensible (>80%) que la TAC, sobre todo para fosa posterior.
- Permite realizar un diagnóstico más precoz y un seguimiento más preciso.
- Diferencia mejor entre el absceso y el tumor

La visualización de gas en el absceso suele corresponderse más a la comunicación del mismo con el aire que a la existencia de bacterias productoras de gas.

Las técnicas de imagen además permiten realizar una punción/aspiración de la lesión de carácter diagnóstico. En el material obtenido debe realizarse una tinción de Gram y se debe procesar la muestra para cultivo en medios de bacterias aerobias y anaerobias, hongos y micobacterias.

Tras confirmar el diagnóstico debe realizarse un despistaje de las fuentes más frecuentes de infección como senos y mastoides incluyendo estos en la prueba de imagen. También se recomienda ecocardiograma.

14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del absceso cerebral se presentan en la siguiente tabla.

Causas infecciosas	Causas vasculares	Otras causas
Meningitis/meningoencefalitis Encefalitis	Hemorragias intracraneales	Tumores cerebrales primarios
Aneurisma micótico	Trombosis senos venosos	Tumores metastásicos
Trombosis séptica	Infarto cerebral	Esclerosis múltiples
Empiema subdural y epidural	Migraña	
Osteomielitis craneal	Vasculitis del SNC	
Tuberculoma, Cisticercosis, Criptococcosis, Chagoma. Citomegalovirus		

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 7 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

15. TRATAMIENTO

El manejo estándar es la asociación de abordaje quirúrgico y terapia antibiótica.

Se indica terapia antimicrobiana exclusiva en pacientes seleccionados, con:

- Período corto de síntomas (<2 semanas)
- Clínicamente estables
- Estadío de cerebritis
- Abscesos pequeños (<3 cm)
- Abscesos en áreas de difícil abordaje quirúrgico (tálamo, ganglios basales)
- En todos ellos el seguimiento ha de ser muy estricto y plantear de nuevo cirugía si existen datos de deterioro neurológico o dato de hipertensión endocraneana.

Dentro de los abordajes quirúrgicos:

- La aspiración con aguja bajo guía tomográfica estereotáxica es una procedimiento de elección que permite la descompresión inicial y la documentación del agente causal.
- La escisión completa de los abscesos se reserva para abscesos multiloculados, localizados en la fosa posterior o de etiología fúngica.

A la hora de elegir el tratamiento antibiótico empírico debe tenerse presente la edad del paciente, enfermedades asociadas y posible foco de la infección. Es importante elegir fármacos con buena penetración en LCR (Anexo N°3).

El tratamiento antibiótico clásico de estas infecciones se basa en la combinación de una cefalosporina de tercera generación, con una penicilina resistente a las betalactamasas y metronidazol para cubrir anaerobios (Anexo N°5).

La duración mínima de la terapia es de 4 a 8 semanas, dependiendo de la rapidez de la respuesta, el número y el tamaño de los abscesos, la presencia de necrosis tisular y el desarrollo de complicaciones. No existe evidencia científica suficiente para recomendar tratamiento secuencial con cambio del tratamiento a vía oral, dado que solo existen datos de estudios retrospectivos que describen resultados favorables pero en pacientes seleccionados de bajo riesgo.

Los corticoides quedan reservados para casos concretos. El uso de corticoides puede retrasar la formación de la cápsula, disminuir la penetración antibiótica, etc. En caso de ser necesario para reducir el edema cerebral o riesgo de herniación, deben utilizarse pautas cortas con rápido descenso (0.6mg/Kg/día en 2-4 dosis). Debe tenerse presente que dado que el corticoide interfiere en la formación de la

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 8 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

cápsula, se puede modificar la imagen del TAC sin que esto indique que esté mejorando.

No existen ensayos clínicos randomizados que evalúen la utilidad del tratamiento anticonvulsivante en pacientes con absceso cerebral, estos tratamientos en principio no se recomiendan de rutina y se reservan para los casos en que existen crisis comiciales.

16. CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente con sospecha diagnóstica de absceso cerebral debe ser referido y hospitalizado en un hospital de tercer nivel de atención que cuente con servicio de Neurocirugía, preferiblemente con experiencia en atención pediátrica.

17. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El pronóstico depende de diferentes factores. Son datos de mal pronóstico:

- Edad menor a un año
- Alteración mental al ingreso
- Coma
- Mayor tamaño del absceso o abscesos múltiples
- Ruptura del absceso a ventrículos
- Meningitis asociada
- Cultivo estéril
- Hidrocefalia
- Abscesos de gran tamaño o múltiples
- Presencia de patología de base

Las complicaciones de los abscesos cerebrales incluyen:

- Mortalidad (5-15%)
- Convulsiones ulteriores (10-25%)
- Hemiparesia (7-15%)
- Parálisis de nervios craneales (5-10%)
- Hidrocefalia (5-10%)
- Trastornos de la conducta y el aprendizaje (3-10%)
- Ataxia, déficit visual, espasticidad (raramente)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 9 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

18. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

Terapia temprana y adecuada de los factores predisponentes.

Vacunación contra el neumococo.

19. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

La total resolución del absceso con el tratamiento suele producirse tiempo después del fin de la terapia antibiótica (habitualmente oscila entre las 10-12 semanas). Así, las técnicas de imagen se suelen programar en el seguimiento si la evolución es favorable tras el alta cada 2-4 meses y hasta un año después de su resolución clínica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 10 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

20. REFERENCIAS

1. Registros Clínicos. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.
2. Meningitis bacteriana. En: Sáez-Llorens, X. Infectología práctica para el pediatra. Bogotá. Distribuidora Editorial, 2017.p. 271 - 274.
3. González Tomé MI, Francisco González L. Capítulo 12. Absceso cerebral. Curso de Infectología Pediátrica Básica. Sociedad Española de Infectología Pediátrica. 2018.
4. Shachor-Meyouhas Y, Bar-Joseph G, Guilburd JN, Lorber A, Hadash A, Kassis I. Brain abscess in children: epidemiology, predisposing factors and management in the modern medicine era. *Acta Paediatr* 2010;99:1163–1167. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01780.x.
5. Brouwer MC, Coutinho JM, van de Beek D. Clinical characteristics and outcome of brain abscess: systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2014;82(9):806-813. doi: 10.1212/WNL.000000000000172
6. Sáez-Llorens X. Brain abscess in children. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2003;14:108-14 (2). doi:10.1053/spid.2003.127227.
7. Sonnevile R, Ruimy R, Benzonana N et al; ESCMID Study Group for Infectious Diseases of the Brain (ESGIB). An update on bacterial brain abscess in immunocompetent patients. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23:614-620. doi: 10.1016/j.cmi.2017.05.004.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 11 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Anexo N°1 Etiología del absceso cerebral en niños

VÍA DE ENTRADA/ SITUACIÓN PREDISPONENTE		LOCALIZACIÓN PREFERENTE	MICROORGANISMO	
			Frecuentes	Menos frecuentes o raros
Extensión por contigüidad	Sinusitis / infección dentaria	Lóbulo frontal	-Estreptococos aerobios (sobre todo <i>S. milleri</i> , <i>S. constellatus</i> , <i>S. intermedius</i> , <i>S. anginosus</i>), estreptococos anaerobios (<i>Peptococcus</i> , <i>Peptostreptococcus</i>) - <i>Bacteroides</i> (no <i>fragilis</i>), <i>Fusobacterium</i>	Enterobacterias <i>Eikenella</i> <i>Haemophilus aphrophilus</i> <i>Actinomyces</i> <i>Prevotella</i> <i>Eubacterium</i> <i>Veillonella</i>
	Otitis y mastoiditis crónica	Lóbulo temporal y cerebelo	Flora mixta Estreptococos aerobios y anaerobios	Enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Bacteroides</i>
	Meningitis	Cualquier lóbulo	Neumococo, Hlb, meningococo	
	Meningitis neonatal	Cualquier lóbulo	<i>Citrobacter</i> <i>Proteus mirabilis</i>	Otras enterobacterias <i>Listeria monocytogenes</i> Estreptococo B
Inoculación directa	Neurocirugía	Cualquier lóbulo	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , enterobacterias	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
	Trauma facial y craneal	Cualquier lóbulo	<i>S. aureus</i> , estreptococos aerobios	Enterobacterias
Diseminación hematógica	Cardiopatías congénitas	Múltiples (sobre todo en el territorio de la arteria cerebral media). Suelen ser monomicrobian os	<i>Streptococcus</i> "viridans", estreptococos anaerobios	<i>Haemophilus</i> (típico <i>H. aphrophilus</i>)
	Endocarditis		<i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus viridans</i>	
	Pulmón		Estreptococos aerobios y anaerobios, <i>Actinomyces</i> , <i>Fusobacterium</i> . Otras bacterias anaerobias	<i>Nocardia</i>
	Osteomielitis		<i>S. aureus</i> , Estreptococos, <i>Haemophilus</i> , enterobacterias.	
	Infecciones cutáneas		Estafilococos, Estreptococos.	
	Inmunodepres ión (incluyendo		<i>Listeria monocytogenes</i> <i>Nocardia asteroides</i> Enterobacterias	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Rhodococcus equi</i>
	SIDA)		<i>Toxoplasma gondii</i> Hongos (<i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i>)	Hongos (<i>Zygomycetos</i> , <i>Fusarium</i> , <i>Scedosporium</i> , <i>Phaeohyphomycetos</i> , <i>Cladosporium</i>)
	Criptogénico	Variable	Cualquiera	
	Pacientes procedentes de áreas tropicales		<i>Taenia solium</i> (neurocisticercosis)	<i>Entamoeba</i> , <i>Schistosoma</i> , <i>Chagoma</i> , <i>Echinococcus</i>

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 12 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Anexo N°2.		SÍNTOMAS Y SIGNOS	
Infeciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre¹ • Síntomas y signos de sepsis • Derivados del foco infeccioso primario 		
Hipertensión intracraneal	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Vómitos • Alteración del nivel de conciencia (letargia-coma)² • Signos meníngeos • Papiledema • Irritabilidad, rechazo de las tomas, abombamiento de la fontanela y aumento del perímetro craneal 		
Focalidad neurológica <i>(según localización)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis convulsivas 		
	Lóbulo frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden permanecer asintomáticos hasta que adquieren gran tamaño. • Cefalea • Trastornos motores del habla • Cambios de comportamiento • Reflejos arcaicos • Disminución del nivel de conciencia • Hemiparesia. 	
	Lóbulo temporal	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden permanecer asintomáticos hasta extensión a corteza sensoriomotora. • Cefalea ipsilateral • Dispraxia y afasia (hemisferio dominante) • Parálisis ipsilateral del III par craneal • Hemianopsia homónima superior • Alteraciones motoras de la cara y brazo. 	
	Lóbulo parietal	<ul style="list-style-type: none"> • Hemianopsia homónima y defectos en cuadrante inferior del campo visual • Disfagia (hemisferio dominante) • Dispraxia y negligencia espacial contralateral (hemisferio no dominante). 	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 13 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

	Cerebelo	<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos • Vértigo • Ataxia y temblor ipsilateral • Parálisis VI par craneal • Nistagmus (hacia la lesión) • Hipotonía.
	Tronco cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Disfasia • Vómitos • Paresia pares craneales • Hemiparesia

1 La ausencia de fiebre no excluye el diagnóstico.

2 La presentación con afectación importante del mismo tiene mal pronóstico

Anexo N°3. Antibióticos con buena penetración en el absceso cerebral

Penicilina a dosis altas

Oxacilina

Meropenem

Cefotaxima/Ceftriaxona

Vancomicina

Trimetoprima/Sulfametoxazol

Rifampicina

Metronidazol

Linezolid

Fluoroquinolonas

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 14 de 14
	Título Protocolo de atención de abscesos cerebrales en pediatría	Edición: Mayo 2020	
	Elaborado: Dra. Jackeline Levy Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Anexo N°4. Terapia antibiótica en absceso cerebral

POST-TRAUMÁTICA	POST-CIRUGIA	ORIGEN SINUSAL, DENTAL, OTICO.	METASTÁSICO CRIPTOGENÉTICO	MENINGITIS DERIVACION VP	CARDIOPATÍA
VANCOMICINA ó CLOXACILINA* + CEFOTAXIMA ó CEFTRIAXONA (+- RIFAMPICINA)	VANCOMICINA ó LINEZOLYD ó CLOXACILINA + MEROPENEM ó PIPERACILINA-TAZOBACTAM (+- RIFAMPICINA)	CEFOTAXINA ó CEFTRIAXONA ó METRONIDAZOL ó PIPERACILINA-TAZOBACTAM Mastoiditis, otitis crónica: VANCOMICINA+ CEFTAZIDIMA+ METRONIDAZOL	VANCOMICINA ó CLOXACILINA + CEFOTAXIMA ó CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL	VANCOMICINA ó CLOXACILINA + CEFOTAXIMA ó CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL	Endocarditis: VANCOMICINA ó CLOXACILINA + CEFOTAXIMA ó CEFTRIAXONA Cardiopatía congénita: Igual +- metronidazol