

# ICTUS ISQUÉMICO Y EMPIEMA SUBDURAL EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR *STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS*

Valeria Antoñanzas Bernar<sup>(1)</sup>, José Antonio Soler Simón<sup>(1)</sup>, Inés Leoz Gordillo<sup>(2)</sup>, Beatriz Agúndez Reigosa<sup>(2)</sup>, Raquel Jiménez-García<sup>(2)</sup>

1. Médico interno residente de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.
2. Médico Adjunto, Servicio de Pediatría General, Hospital infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

## INTRODUCCIÓN

La infección en la etiopatogenia del ictus en pediatría es importante aunque la dificultad en el aislamiento de microorganismos complica su confirmación. El avance en técnicas diagnósticas basadas en secuenciación masiva ayuda a detectar con mayor sensibilidad los patógenos permitiendo un tratamiento precoz y dirigido.

## CASO CLÍNICO

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Sin interés. Calendario vacunal actualizado (sin meningococo B ni meningococo ACWY)

**MOTIVO DE CONSULTA:** Niño de 3 años que acude a urgencias por fiebre, clínica catarral de 5 días de evolución y **cefalea, fotofobia y ptosis palpebral izquierda en las últimas 24 horas**.

## EVOLUCIÓN

### Análisis de sangre:

17680 leucocitos, PCR 13 mg/dL

### Punción lumbar:

- 23 leucocitos/mm<sup>3</sup> (87% polimorfonucleares)
- Glucorraquia 53 mg/dl
- Proteínas 38 mg/dl

TC craneal: ocupación de celdillas etmoidales y senos esfenoidales, sin alteraciones en parénquima cerebral

**Ingresa para observación por sospecha de meningitis vírica sin antibioterapia.**

**Tras mejoría inicial leve, empeoramiento clínico (fiebre, triángulo de evaluación pediátrica inestable): cefotaxima a 300mg/kg/día.**

### Análisis de sangre:

20630 leucocitos, PCR 13 mg/dL

### Punción lumbar:

- 3920 leucocitos/mm<sup>3</sup> (85% polimorfonucleares)
- Glucorraquia 37 mg/dl
- Proteínas 150 mg/dl

Cultivo LCR: negativo

**Se añade vancomicina a 60mg/kg/día**

Tras 3 días, persiste con fiebre → se realiza RM cerebral:

- **Empiema subdural** temporal izquierdo laminar
- **Infarto isquémico** en el territorio de la arteria cerebral media (ACM) izquierda
- **Disminución de calibre** del sifón carotídeo izquierdo y de la ACM y sus ramas (en probable relación con vasoespasmo)

### **Drenaje del empiema + ajuste del tratamiento**

- Antibioterapia: meropenem + metronidazol + linezolid (retirada de vancomicina por no alcanzar niveles terapéuticos)
- Anticomicial profiláctico: levetiracetam a 30mg/kg/día

24 horas post drenaje: mejoría clínica, afebril y buen estado general

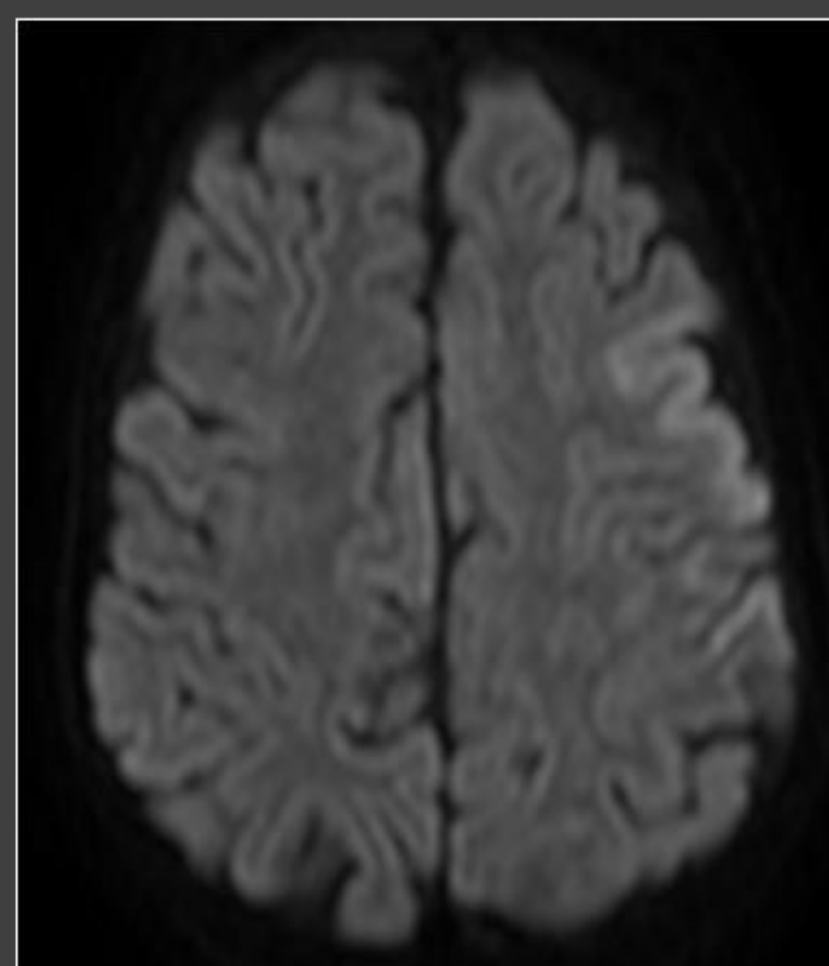
### **Diagnóstico microbiológico y tratamiento final**

- Secuenciación de nueva generación de rRNA 16S de la muestra del empiema → **positiva para *Streptococcus intermedius***
- Ajuste de antibioterapia: linezolid y cotrimoxazol (vía oral)
- **A las 48 horas de antibioterapia oral dirigida: alta** (completa ocho semanas de tratamiento; 5 intravenoso + 3 vía oral)

A



B



C

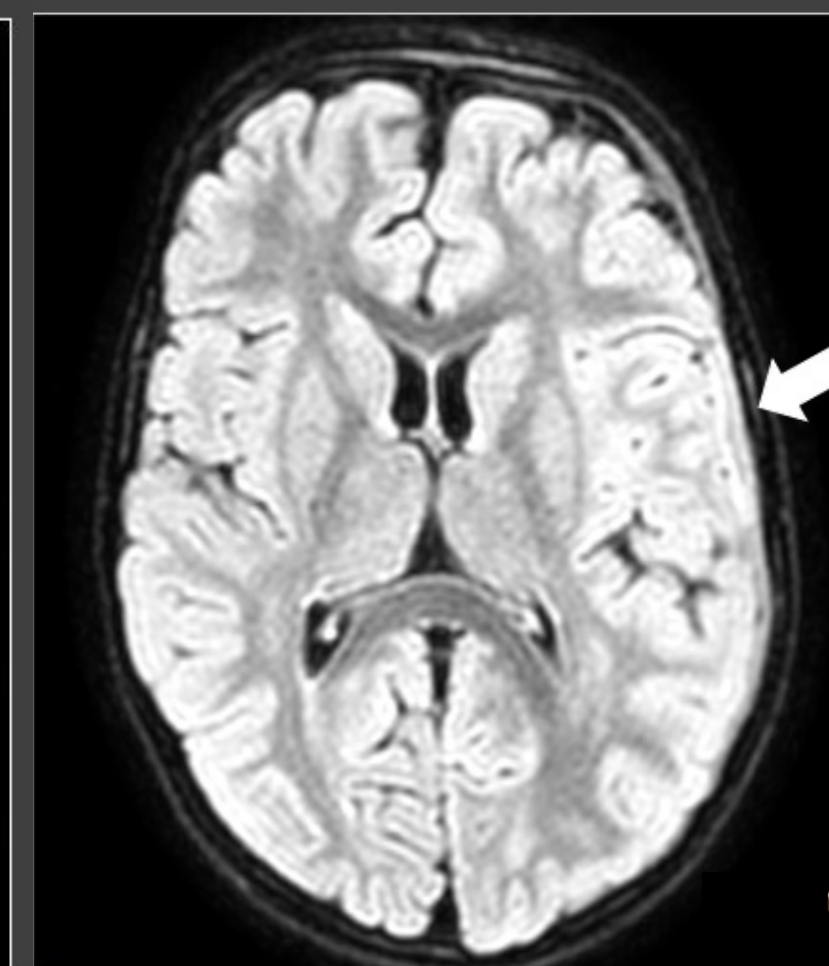


Imagen A: Vasoespasmo sifón carotídeo izquierdo y arteria cerebral media izquierda  
Imagen B: Infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda  
Imagen C: Empiema subdural temporal izquierdo laminar

## CONCLUSIONES

- Debemos considerar al *Streptococcus intermedius* entre los patógenos responsables de abscesos del sistema nervioso central
- La secuenciación de nueva generación es útil ante cultivos negativos con clínica compatible