

ESCOLAR CON CERVICALGIA Y FIEBRE

Autor/es: Rodríguez Fernández, María Teresa¹; López Martín, Katya²; Apolo Campoverde, Jennifer Valeria³; Dos Santos Rodríguez, Wilson⁴; Vivares López, Almudena⁵; Raynero Mellado, Roberto Carlos⁶; Ortiz Valentín, Irene⁷; Herrera López, María⁸.

^{1, 2, 3}: M.I.R. 1 Pediatría y sus Áreas Específicas. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

^{4, 5}: M.I.R. 2 Pediatría y sus Áreas Específicas. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

^{6, 7, 8}: Facultativo Especialista Adjunto de Pediatría y sus Áreas Específicas. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

INTRODUCCIÓN

El **dolor cervical asociado a fiebre** se debe considerar un síntoma de alarma en pediatría, lo que implica realizar una evaluación exhaustiva para descartar patología urgente subyacente.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 7 años, sin ningún antecedente personal de interés salvo diagnóstico de **faringoamigdalitis aguda vírica** en días previos, traído al servicio de urgencias por **fiebre** de 3 días de evolución asociada a **cefalea intensa** progresiva, **cervicalgia** y limitación a la apertura bucal.

A su llegada al Servicio de Urgencias presenta:

TEP **disfunción del SNC**. Regular estado general. **Cuello: muy doloroso** a la palpación sin adenopatías palpables significativas. ORL: Orofaringe con amígdalas muy hiperémicas sin exudados, no desplazamiento, **trismus**. Neurológico: no signos de focalidad, **dolor y limitación a la flexo-extensión cervical**. Signo Kernig positivo. Resto anodino.



Tras la evaluación inicial se canaliza vía venosa periférica y se solicitan **pruebas complementarias**:

- ✓ Análítica sanguínea donde destaca **leucocitosis con desviación izquierda** y **RFA elevados**.
- ✓ Estudio de **LCR normal**.
- ✓ Extracción de **hemocultivo**.
- ✓ Prueba de imagen (TC) que muestra los hallazgos de la *Figura 1*.

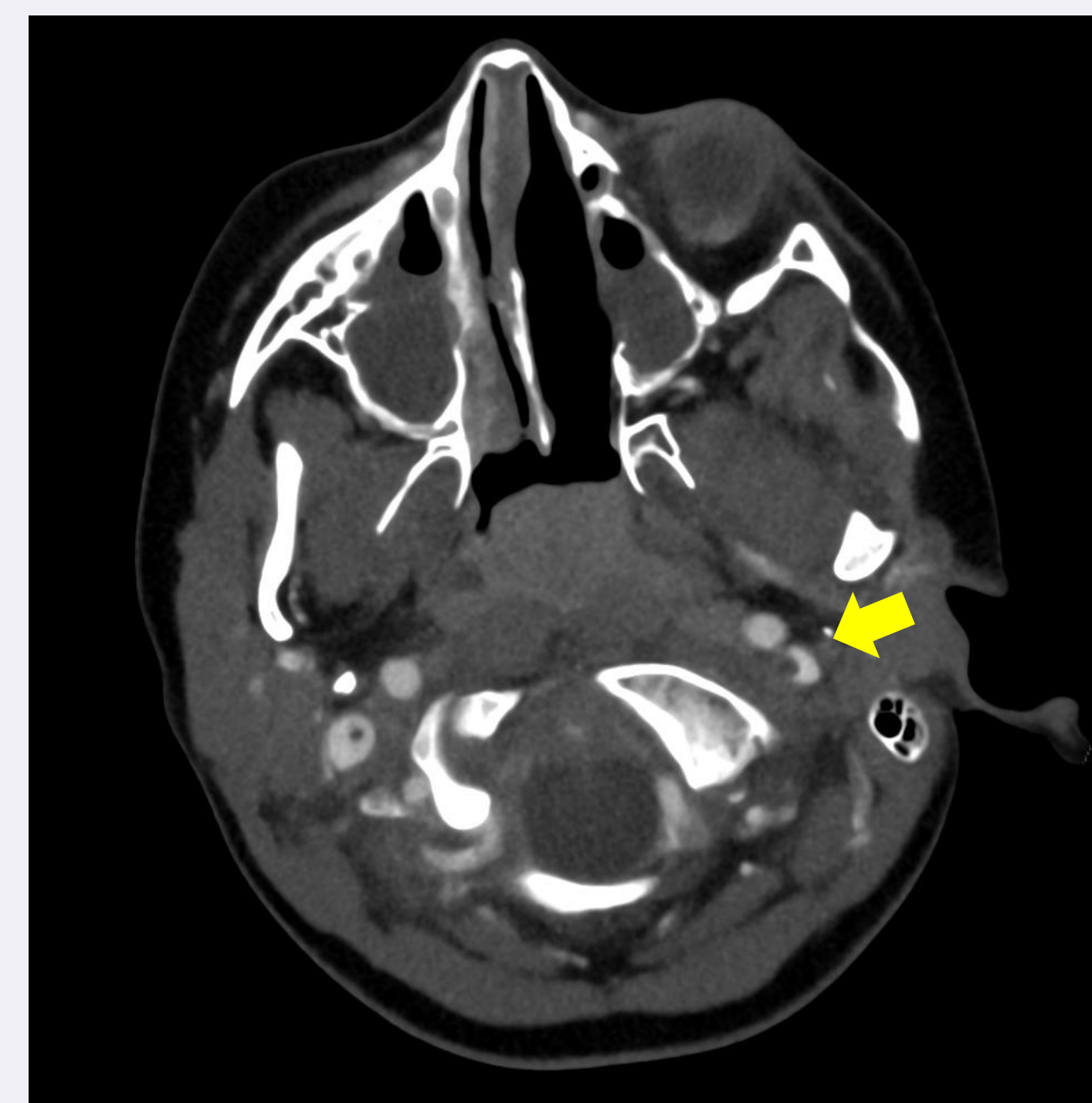


Figura 1. TC cervical: cambios flemonosos en espacio masticador derecho y **trombosis venosa yugular bilateral**.

Evolución: dado que no presenta una colección drenable, ingresa con antibioterapia intravenosa con cefotaxima y clindamicina. Pese a esto, evoluciona de forma desfavorable con empeoramiento clínico y radiológico con formación de abscesos delimitados (*Figura 2*) que precisan **drenaje quirúrgico**. En hemocultivo se aíslan ***Streptococcus intermedius*** y ***Gemella morbillorum***. Ante este resultado completa tratamiento antibiótico intravenoso y posteriormente oral, además de anticoagulación con HBPM, con evolución favorable.

Al mes reingresa por **crisis convulsiva tónico-clónica generalizada**, por lo que se realiza TC urgente (*Figura 3*), en el que se evidencian **abscesos intracraneales**, que son drenados quirúrgicamente completando posteriormente tratamiento antibiótico.

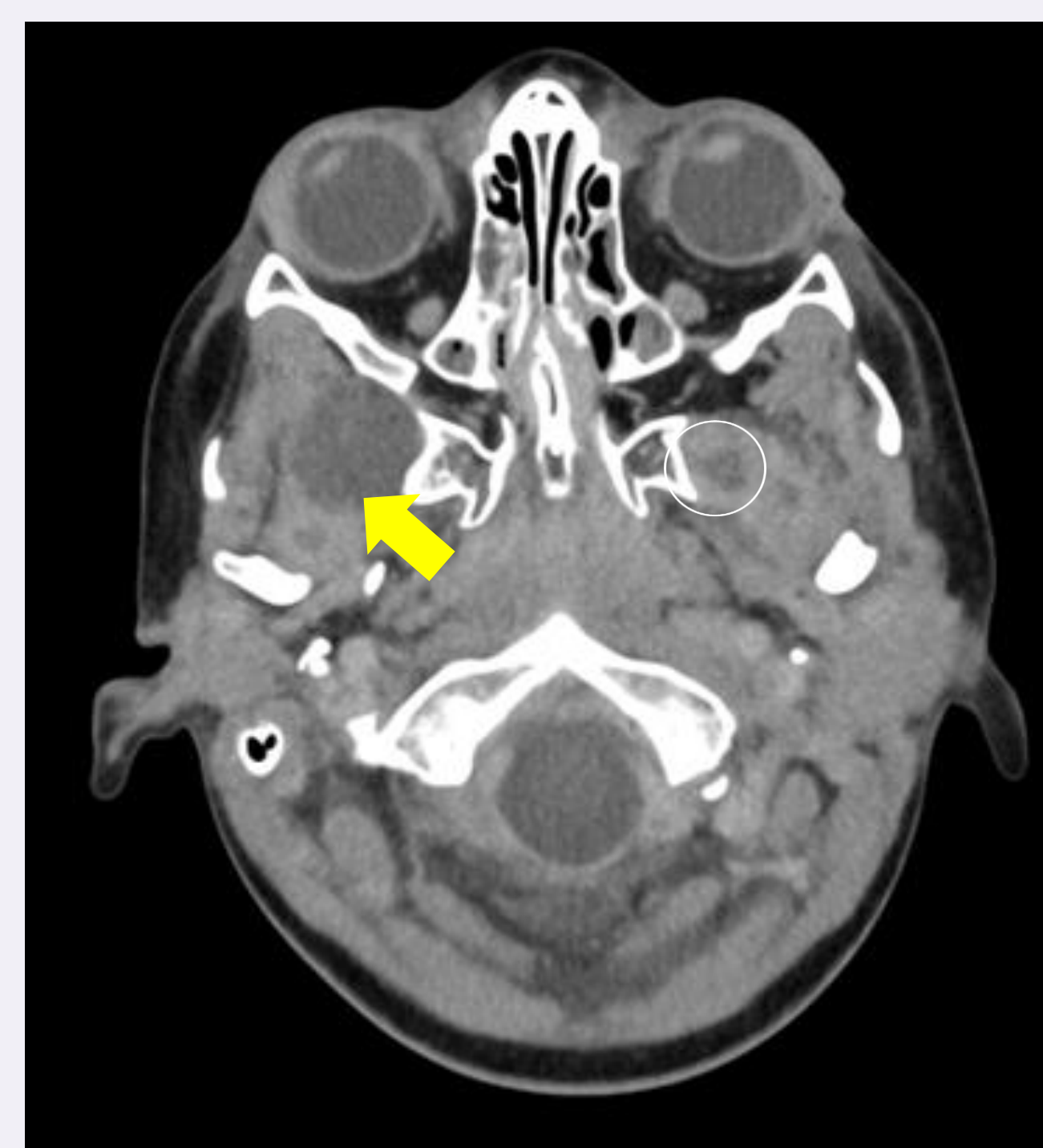


Figura 2. TC cerebral: **absceso en espacio masticador** derecho y pequeño en espacio masticador izquierdo.

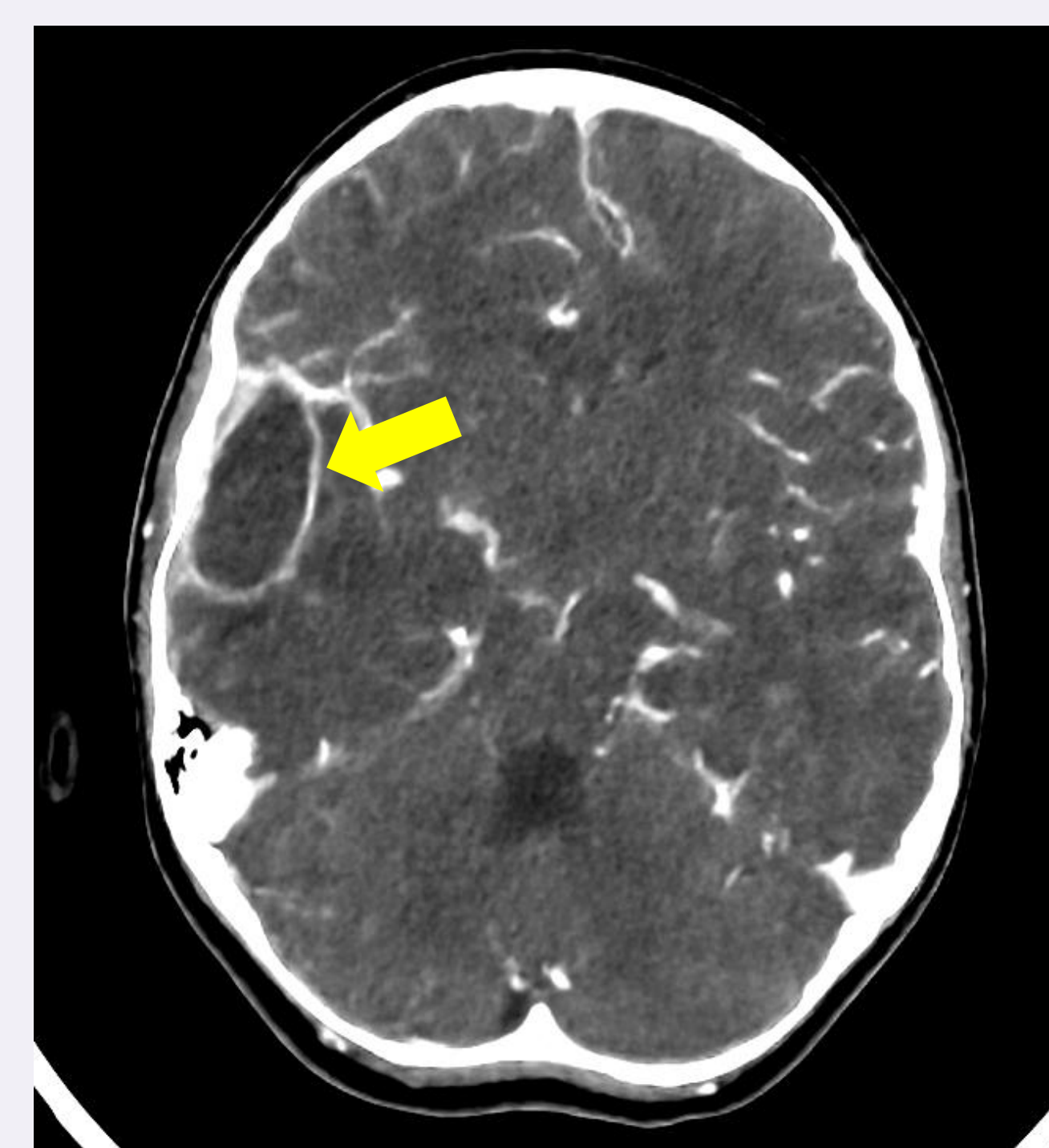


Figura 3. TC cerebral: **absceso en lóbulo temporal** derecho.

CONCLUSIONES

- ✓ El ***Streptococcus intermedius*** es un comensal habitual de la flora oral, tracto respiratorio y gastrointestinal.
- ✓ Se caracteriza por su **capacidad invasora** y su tendencia a formar **abscesos** metastásicos a partir de bacteriemias por infecciones del **área ORL**, en relación con la producción de enzimas hidrolíticas y citolisinas.
- ✓ Ante una **bacteriemia** por *Streptococcus intermedius* se debe tener un alto índice de sospecha de **complicaciones supurativas intracraneales**.

BIBLIOGRAFÍA

- Faden, H., 2016. Infecciones asociadas con Streptococcus intermedius en niños. Diario de enfermedades infecciosas pediátricas , 35(9), pp.1047-1048.
- D. Torrado Martínez, R. Espino Aguilar, M. Taguas-Casaño Corrientes, M^a C. Flórez Alía. Bacteriemia por Streptococcus intermedius. An Esp Pediatr 1997;47:71-73.
- M. Ríaza Gómez, J.P. Martínez Badas, A. Serrano González, S. Mencía Bartolomé, J. Casado Flores. Absceso cerebral por Streptococcus intermedius. Presentación de tres casos. An Esp Pediatr 1999;51:71-73.