

XXVI | **REUNIÓN** PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**



**SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro**

PÓSTER CON DEFENSA

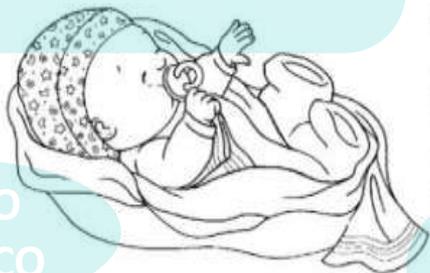
Meningitis por Citrobácter

Autores: Martínez Bascuñán, M ; Cáliz Molina, MT; Gámiz Gámiz, A; Caro Juárez, M

Centros de trabajo: Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN

Aunque las infecciones bacterianas en el paciente pediátrico suelen presentarse febriles, la clínica inicial es más inespecífica cuanto menor sea el paciente (vómitos, rechazo de las tomas, irritabilidad, letargia...).



CASO CLÍNICO

- 5 días de vida
- Sin antecedentes de interés
- Decaimiento de 12 horas de evolución que dificulta las tomas
- TEP alterado (somnolencia). Resto de la evaluación inicial normal.

EVOLUCIÓN



Monitorización de constantes y vigilancia de las tomas



Tira reactiva de orina
Negativa



Ampicilina y cefotaxima



Analítica sanguínea: leucopenia y elevación de RFA



LCR purulento y xantocrómico; leucocitosis, proteinorraquia e hipoglucorraquia

Empeoramiento clínico

Cultivos:
C. koseri

COMENTARIOS

- Las meningitis bacterianas continúan siendo causa importante de morbimortalidad en neonatos. Por tanto es esencial reconocer las situaciones en la que se debe sospechar, teniendo en cuenta la sintomatología más inespecífica de las infecciones en lactantes.
- Las bacterias más frecuentes en neonatos son EGB, *E. coli* y *L. monocytogenes*, aunque otras como *Citrobacter koseri* pueden estar implicadas.
- *C. koseri* es un organismo gramnegativo con predisposición formar a abscesos. Supone el 50% de las meningitis neonatales por gramnegativos y el 80% del total de los abscesos cerebrales a esta edad.