

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

**Signos meníngeos sin focalidad neurológica,
¿siempre es meningitis?**

**Hortigüela Aparicio, Monica ; Gómez Gerez, Carmen; García García-Galán, Almudena; Blanco Rivero, Naiara; Cabrerizo Ortiz, María;
Rodríguez Castro, Cristina**

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

El absceso cerebral es una patología infrecuente en la edad pediátrica, la mortalidad ha disminuido considerablemente pero hasta un 50% presentan secuelas neurológicas.

En pediatría, ante sospecha de infección del sistema nervioso central solo se realiza prueba de imagen previa a punción lumbar en caso de sospecha de lesión ocupante de espacio.

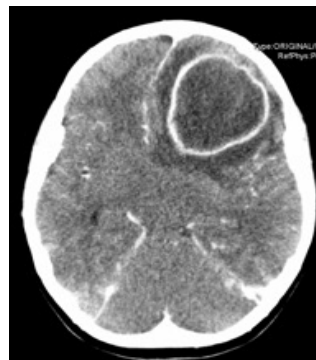
CASO CLÍNICO:



4 días



72 horas



Lesión intraaxial frontal inferior izquierda. Herniación subfalcial y transtentorial. Colapso del ventrículo lateral izquierdo y tercer ventrículo.

8 años
Fiebre 40°C
Cefalea
Cervicalgia
Dos vómitos

Brudzinski y Kerning +
Boca séptica
NO focalidad neurológica
Análítica de sangre:
leucocitos 9260/mcL, proteína c reactiva 32.6 mg/L
NO se consigue punción lumbar

Aumento de cefalea
Punción lumbar:
pleocitosis, hipoglucoorraquia e hiperproteinoorraquia.
Inicio de antibioterapia y corticoterapia.

TRASLADO

Sospecha foco odontógeno

Streptococcus intermedius y Parvimonas micra

NeuroQx+antibioterapia= recuperación *ad integrum*.



- Incluir como diagnóstico diferencial el absceso cerebral en los casos que generen dudas diagnósticas o no presenten una evolución esperable.
- El foco dentario es la tercera causa de absceso cerebral, por lo que debemos cubrir anaerobios.
- La localización frontal se relaciona con este foco.