

MENINGITIS EN UNA PACIENTE CON FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO.

JM Olmos*, L Irlas, P Alcaraz, G Yagüe, S Alfayate, AI Menasalvas
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Correspondencia: José M^a Olmos García, Avenida del Taibilla nº32 1ºC, San Pedro del Pinatar, 30740, Murcia. Email: josemari_olmos@yahoo.es .tlf: 660118181

Introducción: Los pacientes con traumatismos craneoencefálicos (TCE) y fractura de cráneo pueden presentar fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR). Estos pacientes tienen un riesgo muy elevado de sufrir una meningitis bacteriana. El microorganismo más frecuente en estos casos es el *Streptococcus pneumoniae* aunque hay que tener en cuenta otros microorganismos colonizantes de vía aérea. Presentamos un caso atendido en nuestra unidad.

Caso clínico: Lactante de 19 meses con TCE grave secundario a un accidente de tráfico 3 meses antes. Presentó fractura temporoparietal y de peñasco izquierdo, hematoma subdural y fístula de LCR en oído izquierdo, precisando varias intervenciones neuroquirúrgicas. Recibió tratamiento antibiótico prolongado de amplio espectro debido a múltiples complicaciones infecciosas y vacunación antineumocócica. A los 18 días del alta consulta por fiebre, vómitos y decaimiento. En la exploración física presentaba mal estado general, fiebre elevada y signos meníngeos positivos. En la analítica destacaba una proteína C reactiva (PCR) de 17,2 mg/dl, procalcitonina (PCT) de 5,92 ng/ml, hemograma con 35.800 leucocitos (88% neutrófilos) y LCR turbio con 100.000 leucocitos/uL (80% polimorfonucleares), glucosa de 0 mg/dl y proteínas de 243 mg/dl. Se inició tratamiento con vancomicina y meropenem, sustituyéndose a las 24 horas por cefotaxima tras informar de crecimiento en LCR y hemocultivo de *Haemophilus influenzae*. La paciente presenta buena evolución clínica quedando afebril a las 24 horas. A los 5 días reaparece la fiebre, con disminución del nivel de consciencia y aumento de reactantes de fase aguda (PCR 20 mg/dl). Se le realiza RMN cerebral en la que se observan áreas de empiema y realce marcado paquimeníngeo, un higroma subdural temporal izquierdo, fractura temporoparietal y fractura en pared anterior de región mastoidea izquierda. Se sustituye antibioterapia por meropenem y vancomicina y se realiza drenaje quirúrgico de la colección subdural y corrección del defecto. La paciente presenta mejoría progresiva. La identificación definitiva del microorganismo fue de *Haemophilus influenzae* no tipable.

Conclusiones: En pacientes con TCE grave y/o intervención neuroquirúrgica previa hay que sospechar infección neurológica en los cuadros febriles con alteración del estado general. En estos casos hay que descartar la presencia de fístulas de LCR. Es importante el inicio precoz de antibioterapia de amplio espectro para cubrir los microorganismos más frecuentes, incluidos los nosocomiales. Se deben realizar pruebas de imagen para descartar complicaciones (abscesos, colecciones...).

CASOS CLÍNICOS