

el sangrado. El deterioro progresivo durante 2 h del estado de consciencia junto a bradicardia moderada y la evidencia de hidrocefalia aguda, en ausencia de midriasis, junto con la resolución del cuadro tras la derivación de LCR, son compatibles con hipertensión intracraneal, siendo muy poco probable un estatus convulsivo.

En la revisión bibliográfica con los criterios «post-traumatic acute obstructive hydrocephalus» y «obstructive hydrocephalus and post-traumatic intraventricular hemorrhage», solo encontramos un caso similar⁴ en edad pediátrica, que no precisó derivación de LCR, y 2 en adultos que sí precisaron derivación⁵. En la misma revisión, se encontró una baja frecuencia de sangrado intraventricular aislado tras traumatismo craneal, que se confirmó al realizar una búsqueda mediante el criterio «traumatic isolated intraventricular hemorrhage» y encontrarse en muchas series de pacientes con traumatismo craneal una baja incidencia de sangrado intraventricular no asociado a otras lesiones intracraneales^{6,7}.

La hemorragia intraventricular aislada y la hidrocefalia obstructiva transitoria secundarias a trauma craneal son entidades poco frecuentes pero con buen pronóstico si no se asocian a lesiones mayores traumáticas.

El pronóstico del sangrado intraventricular asociado a otras lesiones traumáticas es malo, pero parece estar más relacionado con dichas lesiones que con el propio sangrado intraventricular, dado que el pronóstico del sangrado intraventricular aislado es mucho mejor^{8,9}, encontrándose únicamente casos aislados de mal pronóstico.

Cabe destacar la importancia de la ampliación del estudio de neuroimagen mediante angio-RM ya que, dada la baja frecuencia de los sangrados intraventriculares sin sangrado subaracnoideo acompañante, debe descartarse una lesión subyacente que facilite el sangrado en dicha localización^{8,10}.

Bibliografía

1. Haridas A, Tomita T. Hydrocephalus [sede Web]. May 5, 2012. Uptodate Waltham. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Montejo Gañán I, Romera Santabárbara B, García Iñiguez JP, Ruiz del Olmo Izuzquiza I, Domínguez Cajal M, Monge

- Galindo L, et al. Encefalopatía aguda, hidrocefalia y diabetes insípida central como forma de presentación de meningitis por *Listeria monocytogenes*. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:288–9.
3. Johnston MV, Kinsman S. Anomalías congénitas del sistema nervioso central. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jonson HB, editores. *Tratado de pediatría*. 17.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1989–93.
4. Sasaki O, Furusawa Y, Takahara Y. Transient obstructive hydrocephalus of an infant following mild head injury. *No Shinkei Geka*. 1981;9:407–9.
5. Fleischer AS, Huhn SL, Meislin H. Post-traumatic acute obstructive hydrocephalus. *Ann Emerg Med*. 1988;17:165–7.
6. Lee JP, Lui TN, Chang CN. Acute post-traumatic intraventricular hemorrhage analysis of 25 patients with emphasis on final outcome. *Acta Neurol Scand*. 1991;84:85–90.
7. Kang JK, Park CK, Kim MC, Kim DS, Song JU. Traumatic isolated intracerebral hemorrhage in children. *Childs Nerv Syst*. 1989;5:303–6.
8. Is M, Gezen F, Akgul M, Dosoglu M. Traumatic intraventricular hemorrhage with a good prognosis. *Turk Neurosurg*. 2011;21:107–9.
9. Atzema C, Mower WR, Hoffman JR, Holmes JF, Killian AJ, Wolfson AB. National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS) II Group. Prevalence and prognosis of traumatic intraventricular hemorrhage in patients with blunt head trauma. *J Trauma*. 2006;60:1010–7.
10. Vázquez-López ME, Pego-Reigosa R. Hemorragia intraventricular primaria tras sangrado de malformación arteriovenosa. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:583–6.

J.P. García Iñiguez^{a,*}, P. Madurga Revilla^a,
D. Palanca Arias^a, L. Monge Galindo^b y F.J. López Pisón^b

^a *Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b *Neuropediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr_jpablo@hotmail.com
(J.P. García Iñiguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.022>

Infección por *Eikenella corrodens* tras mordedura humana

Eikenella corrodens infection after a human bite

Sr. Editor:

Las mordeduras humanas se presentan frecuentemente en niños de 3-4 años y suelen localizarse en extremidades superiores, cara, cuello y tronco. La probabilidad de infección en la población infantil, a pesar de una buena limpieza, es del 10% de los casos. Las mordeduras humanas pueden ser más peligrosas que las de animales, ya que hay gérmenes en

algunas bocas humanas que pueden causar infecciones difíciles de tratar¹.

Los microorganismos más frecuentemente relacionados con este tipo de heridas son: *Streptococcus* (sobre todo *anginosus*), *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* (*E. corrodens*), y anaerobios (*Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*)^{2,3}.

La *E. corrodens* es una bacteria anaerobia facultativa gramnegativa, habitante frecuente de la cavidad oral y del tracto respiratorio superior de los seres humanos, que se comporta como patógeno oportunista. Aunque se creía que no era patógena en el pasado, es causa de infecciones graves en humanos, sobre todo en adultos, siendo causa de infección en cabeza y cuello, de sinusitis, infección pulmonar, artritis y de infección de heridas por mordedura humana,

entre otras. A nivel pediátrico, las infecciones causadas por dicha bacteria son menos comunes y se han descrito muchos menos casos^{1,4,5}.

Presentamos un paciente de 8 años que acude a urgencias por herida inciso-contusa producida 30 min antes al clavarle los dientes en la frente un compañero de su misma edad en un salto mientras jugaban al fútbol. En la exploración presenta herida inciso-contusa frontal izquierda, de 1 cm de longitud, con bordes limpios y sin cuerpos extraños. Se limpia la herida con povidona yodada y suero fisiológico, se sutura y se recomienda cura diaria y retirada de los puntos en una semana.

A los 2 días consulta de nuevo por presentar inflamación de 8 h de evolución en la zona del traumatismo. En la exploración destaca edema doloroso en los 2 tercios izquierdos de la región frontal, que se extiende por la raíz nasal y el párpado superior e inferior izquierdos, que impide la apertura espontánea de dicho ojo. Además, presenta eritema indurado y doloroso, con calor y rubor en los tejidos circundantes a la herida suturada. Se extraen analíticas, destacando leucocitos 12.400/ μ l (N 67,6%, L 22,9%), PCR 0,27 mg/dl, PCT 0,1 ng/ml y hemocultivo, que resultó negativo. Dada la evolución del cuadro, se decide ingreso para tratamiento por vía intravenosa.

Se administró amoxicilina-ácido clavulánico por vía intravenosa durante una semana, presentando un único pico febril las primeras 24 h de ingreso, permaneciendo posteriormente afebril. El segundo día de ingreso, pese al tratamiento, el edema se extendió al ojo contralateral, y aumentaron la tumefacción y el dolor a la palpación de la herida, por lo que el servicio de cirugía decidió retirar un punto. Además, se drenó la herida, saliendo abundante material purulento, y se colocó un drenaje durante 72 h. En el cultivo de la herida se aisló *E. corrodens*.

A la semana, se dio de alta, presentando la herida buen aspecto, sin inflamación ni empastamiento, manteniendo la pauta de amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral hasta completar 10 días de tratamiento. Reevaluado a los 7 días, presentaba normalización del aspecto de la herida.

E. corrodens puede comportarse como un serio patógeno en niños, sobre todo ante la exposición a secreciones orales humanas. Es un habitante común de la flora normal de la boca, siendo su presencia en placa subgingival compatible con periodonto sano^{4,5}. Las infecciones son habitualmente polimicrobianas, en coinfección sobre todo con *Streptococcus*, haciendo difícil en ocasiones el diagnóstico y la interpretación de su significado clínico. La participación de *E. corrodens* en procesos graves o de lenta curación justifica el esfuerzo para su detección y la instauración de un tratamiento antibiótico eficaz^{5,6}.

En general, *E. corrodens* es sensible a penicilina, ampicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, pero lo más destacable es la resistencia a metronidazol, clindamicina, macrólidos y cefalosporinas de primera y segunda generación. El tratamiento de elección para niños y adolescentes

debería incluir la combinación de antibióticos y tratamiento quirúrgico, como precisó nuestro paciente^{5,7}.

Con respecto a la recomendación de uso de profilaxis antibiótica ante una mordedura humana, sigue existiendo controversia, pero se acepta en general el uso de amoxicilina-ácido clavulánico (la mayoría de los principales patógenos implicados en este tipo de heridas son sensibles), administrado en las primeras 8-12 h, ya que parece disminuir las tasas de infección^{2,3,7,8}. Por otro lado, es controvertida la necesidad de cierre primario de una herida abierta por mordedura humana. En general, no se aconseja, excepto si la herida se ha producido en la cara por motivos estéticos. Otros autores sostienen que las lesiones recientes, aparentemente no infectadas, se pueden suturar tras la limpieza, la irrigación y el desbridamiento^{2,7,8}.

Bibliografía

1. Álvez Gonzalez F. Infecciones por mordeduras y heridas punzantes. En: Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 3.ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2011. p. 177-88.
2. Huerta Aragonés J, Saavedra Lozano J. Mordeduras y picaduras de animales. En: Manrique I, Saavedra J, Gómez JA, Alvarez A, editores. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en urgencias pediátricas. 3.ª ed. Madrid: Ediciones Drug Farma; 2010. p. 955-61.
3. Talan DA, Abrahamian FM, Moran GJ, Citron DM, Tan JO, Goldstein EJC. Clinical presentation and bacteriologic analysis of infected human bites in patients presenting to emergency departments. Clin Infect Dis. 2003;37:1481-9.
4. Jaramillo RD, Suárez P, Barraza B, Lara P, Teherán L, Escamilla JE. Eikenella corrodens: patogénesis y aspectos clínicos. Colomb Med. 2006;37:228-324.
5. Paul K, Patel S. Eikenella corrodens infections in children and adolescents: case reports and review of the literature. Clin Infect Dis. 2001;33:54-61.
6. Gasser I, Moreno G, Ferrer A, Capdevilla JA, Valle I. Eikenella corrodens: cinco años de experiencia en un hospital general. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999;17:394-7.
7. Prieto-Prieto J, Calvo A. Bases microbiológicas en las infecciones bucales y sensibilidad en los antibióticos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004;9 Suppl:S11-8.
8. American Academy of Pediatrics. Mordeduras. En: Red book. Enfermedades infecciosas en pediatría. 7.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2007. p. 208-11.

I. Galé Ansó*, A. Bergua Martínez, P. Caudevilla Lafuente y L. Ciria Calavia

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: i.gale@hotmail.com (I. Galé Ansó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.023>