

9. Tapia Ceballos L, López Siguero JP, Jurado Ortiz A. Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en niños y adolescentes con obesidad. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:352–61.
10. Miguel Soca PE, Peña Pérez I, Niño Escofet S, Cruz Torres W, Niño Peña A, Ponce De León D. Ensayo clínico aleatorio: papel de la dieta y ejercicios físicos en mujeres con síndrome metabólico. *Aten Primaria*. 2012;44:387–93.

P.E. Miguel-Soca* e I. Corella-del Toro

Universidad de Ciencias Médicas, Holguín, Cuba

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: soca@ucm.hlg.sld.cu (P.E. Miguel-Soca).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.002>

Meningitis por *Pseudomonas oryzihabitans*

Pseudomonas oryzihabitans meningitis

Sr. Editor:

Pseudomonas oryzihabitans (*P. orizyhabitans*) es un patógeno ocasionalmente implicado en infecciones, en pacientes inmunodeprimidos o portadores de material extraño (catéteres venosos y otros dispositivos)^{1–3}. Presentamos un caso de meningitis por *P. oryzihabitans* recientemente diagnosticado en nuestro centro.

Paciente de 4 años, ingresada por politraumatismo secundario a atropello, con diagnóstico de fractura temporal izquierda y de base de cráneo, y contusión hemorrágica del lóbulo temporal izquierdo. Durante su ingreso, presentó otoliquorrea izquierda, aparentemente resuelta durante su estancia. A los 3 meses reingresó por un cuadro de meningitis neumocócica que fue tratado con cefotaxima y vancomicina, y se constató la persistencia de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), intervenida quirúrgicamente, realizándose sellado de la misma por vía mastoidea. A los 2 meses, la fístula persistió y la paciente fue reintervenida por fractura diastásica desde el hueso temporal a la mastoidea, y defecto extenso de duramadre. Se realizaron una craneotomía temporal y el sellado del defecto óseo.

Durante el postoperatorio presentó deterioro del nivel de consciencia y fiebre, por lo que se realizó una tomografía axial computarizada craneal, que mostró un aumento de tamaño del sistema ventricular en probable relación con meningitis-ventriculitis y requirió la colocación de un sistema de drenaje ventricular externo. En el cultivo del LCR se aisló *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina, por lo que recibió tratamiento con vancomicina y posteriormente linezolid, y se procedió a la sustitución del catéter de drenaje. En la evolución presentó, de nuevo, deterioro del nivel de consciencia, por lo que se realizó estudio del LCR, que presentaba características citobioquímicas compatibles con nuevo episodio de meningitis (leucocitos 917 cél/ μ L, 58% leucocitos polimorfonucleares, proteínas 116 mg/dL, glucosa 51 mg/dL). En el cultivo se aisló *P. orizyhabitans*, se inició tratamiento con meropenem por vía intravenosa y amikacina intratecal, y se cambió el catéter de drenaje, con mejoría clínica progresiva. Tras completar el tratamiento antibiótico, se implantó una válvula de derivación ventriculoperitoneal, sin presentar complicaciones infecciosas en el año siguiente.

P. oryzihabitans es un bacilo gramnegativo no fermentador, catalasa positivo y oxidasa negativo, que crece formando colonias amarillas características. Aunque

actualmente se encuadra en el género *Pseudomonas*, anteriormente ha sido denominado como *Chromobacterium typhiflavum*, *Flavimonas oryzihabitans* o *CDC Group ve-2*⁴. Es un microorganismo ambiental que se encuentra en la tierra y ambientes húmedos^{1,2}. También ha sido aislado en el hospital en lavabos y equipos de terapia respiratoria, y han sido estas superficies ambientales las implicadas en la adquisición nosocomial de la infección^{1–3}. Desde 1977 se han comunicado casos aislados de bacteriemia relacionada con catéter^{1,2,5}, peritonitis en pacientes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria, traumatismo o cirugía reciente y absceso cerebral⁶, especialmente en pacientes inmunodeprimidos^{3,7}. Aunque la mayoría de los casos son de adquisición nosocomial, también se han descrito infecciones adquiridas en la comunidad, concretamente infecciones de partes blandas^{8,9}. En la búsqueda bibliográfica realizada tan solo hemos encontrado un caso de «seudomeningitis» por *P. oryzihabitans*, que los autores atribuyen a una infección del LCR secundaria a una punción lumbar previa¹⁰. La infección suele tener una evolución favorable con tratamiento adecuado; *P. oryzihabitans* generalmente es sensible a cefalosporinas de tercera generación, piperacilina, aminoglicósidos y quinolonas. El tratamiento debe realizarse al menos durante 2 semanas y la monoterapia suele ser eficaz^{1,7}. No está claro si la retirada del catéter es siempre necesaria para el control de la infección, dada la evolución favorable de muchos de los casos comunicados manteniendo el catéter^{2,3}. En nuestro caso, el catéter de drenaje ventricular externo fue retirado, pero no podemos afirmar que este fuera el origen de la infección, pues no se realizó cultivo del mismo.

Aunque la infección por *P. oryzihabitans* es una infección excepcional en la edad pediátrica, queremos recordar que los pacientes portadores de catéter de derivación externa pueden presentar infecciones por microorganismos poco habituales, por lo que es importante recoger muestras para el cultivo tanto de LCR como del propio catéter tras su retirada para realizar un tratamiento antibiótico dirigido.

Bibliografía

1. Lin RD, Hsue PR, Chang JC. *Flavimonas oryzihabitans* bacteriemia: clinical features and microbiological characteristics of isolates. *Clin Infect Dis*. 1997;24:867–73.
2. Lucas KG, Kiehn TE, Sobek KA, Armstrong D, Brown AE. Sepsis caused by *Flavimonas oryzihabitans*. *Medicine (Baltimore)*. 1994;73:209–14.
3. Qian K, Wang S. Infections caused by *Flavimonas oryzihabitans*. *Chin Med J (Engl)*. 2001;114:394–8.

4. Anzay Y, Kudo Y, Oyaizu H. The phylogeny of the genera *Chryseomonas*, *Flavimonas* and *Pseudomonas* supports synonymy of these three genera. *Int J Syst Bacteriol.* 1997;47:249–51.
 5. Marín M, García de Viedma D, Martín-Rabadán P, Rodríguez-Crèixems M, Bouza E. Infection of Hickman catheter by *Pseudomonas* (formerly *Flavimonas*) *oryzihabitans* traced to a synthetic bath sponge. *J Clin Microbiol.* 2000;38:4577–9.
 6. Kostman JR, Solomon F, Fekete T. Infections with *Chryseomonas luteola* (CDC Group Ve-1) and *Flavimonas oryzihabitans* (CDC Group Ve-2) in neurosurgical patients. *Rev Infect Dis.* 1991;13:233–6.
 7. Rolston KV, Ho DH, LeBlanc B, Bodey GP. In vitro activities of antimicrobial agents against clinical isolates of *Flavimonas oryzihabitans* obtained from patients with cancer. *Antimicrob Agents Chemother.* 1993;37:2504–5.
 8. Lam S, Isenberg HD, Edwards B, Hilton E. Community acquired soft tissue infections caused by *Flavimonas oryzihabitans*. *Clin Infect Dis.* 1994;18:808–9.
 9. Kansouzidou A, Charitidou C, Poubrou E, Daniilidis VD, Tsagaropoulou H. Haemorrhagic papular rash associated to *Flavimonas oryzihabitans* bacteremia in a child. *Eur J Epidemiol.* 2000;16:277–9.
 10. Grinchenko T, Remé P, Cunha BA. *Flavimonas oryzihabitans* pseudomeningitis. *Am J Infect Control.* 2003;31:385–6.
- A.J. Castellanos-Alcarria^{a,*}, A.I. Menasalvas-Ruiz^a,
S. Alfayate-Miguélez^a, G. Yagüe-Guirao^b y
J. Martínez-Lage Sánchez^c
- ^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
^c Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
- * Autor para correspondencia.
E-mail address: dr.ajcastellanos@gmail.com
(A.J. Castellanos-Alcarria).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.001>

Estatus con alteraciones periictales en resonancia magnética cerebral versus encefalitis

Status with periictal changes in cerebral magnetic resonance versus encephalitis

Sr. Editor:

Desde hace años se conoce la presencia de cambios pre y postictales en el estatus epiléptico en las pruebas de imagen cerebral. Con la aparición de la RM cerebral estos cambios han sido mejor definidos^{1,2}.

Respecto al virus influenza tipo B, puede existir compromiso del SNC en forma de convulsiones febriles y afebriles, encefalopatía aguda desmielinizante y encefalopatía necrotizante aguda, entre otras³.

Presentamos un niño de 4 años, con antecedentes de: embarazo por fecundación in vitro, gemelar controlado con parto eutócico pretérmino a las 36 semanas, con desarrollo psicomotor adecuado a su edad, salvo en el área del lenguaje, con diagnóstico de trastorno específico del desarrollo del lenguaje. Previamente se habían realizado potenciales evocados auditivos y electroencefalograma con resultado normal.

Acude a Urgencias por un episodio de náuseas y desviación de la mirada a la izquierda, permaneciendo somnoliento durante 3 h. Posteriormente presenta hipertonia generalizada con aumento de salivación y relajación de esfínteres seguida de movimientos tónico-clónicos en los miembros superiores y desviación de la mirada hacia la izquierda durante 20 min.

En la exploración neurológica se observó un aumento de la base de sustentación, siendo el resto de la exploración normal, incluidos los signos meníngeos negativos.

En Urgencias, la tomografía computarizada de cráneo y la analítica básica fueron normales. Se realiza una punción

lumbar durante su estancia en Urgencias por aumento de temperatura, con bioquímica urgente normal (células 0/mm³, glucosa 72 mg/dl, proteínas 22 mg/dl, eritrocitos 132/mm³). Se inicia tratamiento antiepiléptico con ácido valproico y aciclovir.

Durante los días posteriores no vuelve a presentar nuevas crisis y el estado general mejora. Presenta algún pico febril junto con tos y rinorrea. Se realiza un electroencefalograma que muestra lentitud de fondo en hemisferio derecho, focos de punta y punta-onda occipital derecha e izquierda independientes y agudas seudoperiódicas frontales derechas. La RMN de cráneo muestra un aumento de intensidad de señal en T2 así como restricción de la difusión en hipocampo derecho, posiblemente secundario a edema poscrítico (fig. 1).

Durante la semana siguiente el niño permanece sin crisis y con exploración normal. El registro con electroencefalograma muestra una clara mejoría, con actividad epiléptica occipital durante el sueño, ocasional en vigilia. Se reciben los resultados de PCR de virus del herpes simple, que son negativos y se retira aciclovir. Los resultados de aspirado nasofaríngeo muestran positividad para antígeno de influenza tipo B. La segunda RMN de cráneo es similar a la previa. Días después, permaneciendo asintomático, es dado de alta con tratamiento antiepiléptico con ácido valproico (fig. 2).

A los 5 meses el niño sigue asintomático, con tratamiento con ácido valproico. La imagen en RM se ha normalizado y el electroencefalograma de sueño no muestra cambios con respecto al anterior.

Un año después del episodio no ha vuelto a presentar crisis epilépticas y su desarrollo del lenguaje es normal. Se plantea la retirada de tratamiento antimicrobiano previa realización de electroencefalograma.

Es conocida la relación causal entre estatus epiléptico y cuadros virales en niños. La RMN cerebral es una prueba obligatoria en el diagnóstico de pacientes con crisis epilépticas, ya que nos permite identificar posibles lesiones responsables de estos episodios.