



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Mielitis transversa y síndrome cauda equino por *Streptococcus pyogenes*

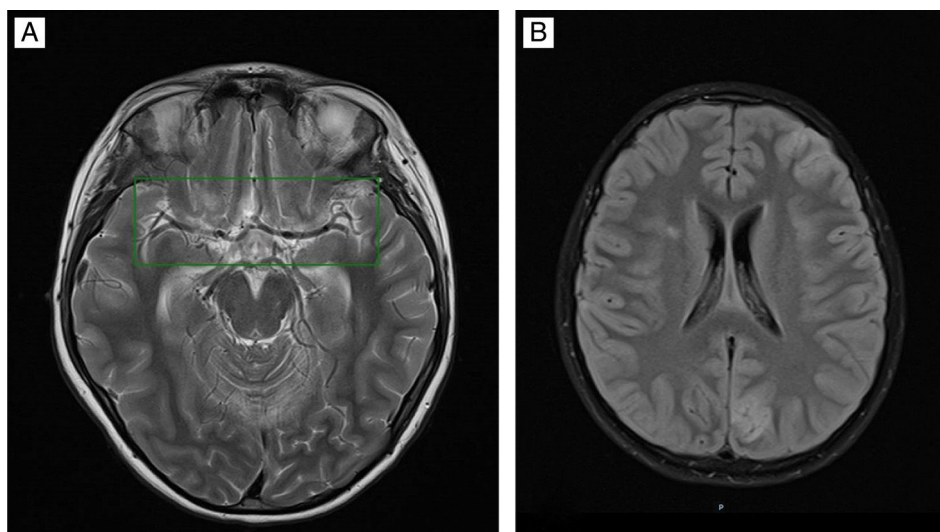
### Post-infective transverse myelitis following *Streptococcus pyogenes* meningitis

Lourdes Artacho González\*, Nora Andrea Donisanu Peñaranda,  
Jose Miguel Ramos Fernández y Jose M. Camacho Alonso

Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga, España

Paciente de 11 años, vacunado correctamente, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos pediátricos por cuadro de 3 días de hipoacusia, odinofagia, febrícula, disminución

de conciencia y dolor lumbar. Analítica con elevación de reactantes de fase aguda, tomografía computarizada normal y punción lumbar con resultado positivo a *Streptococcus*

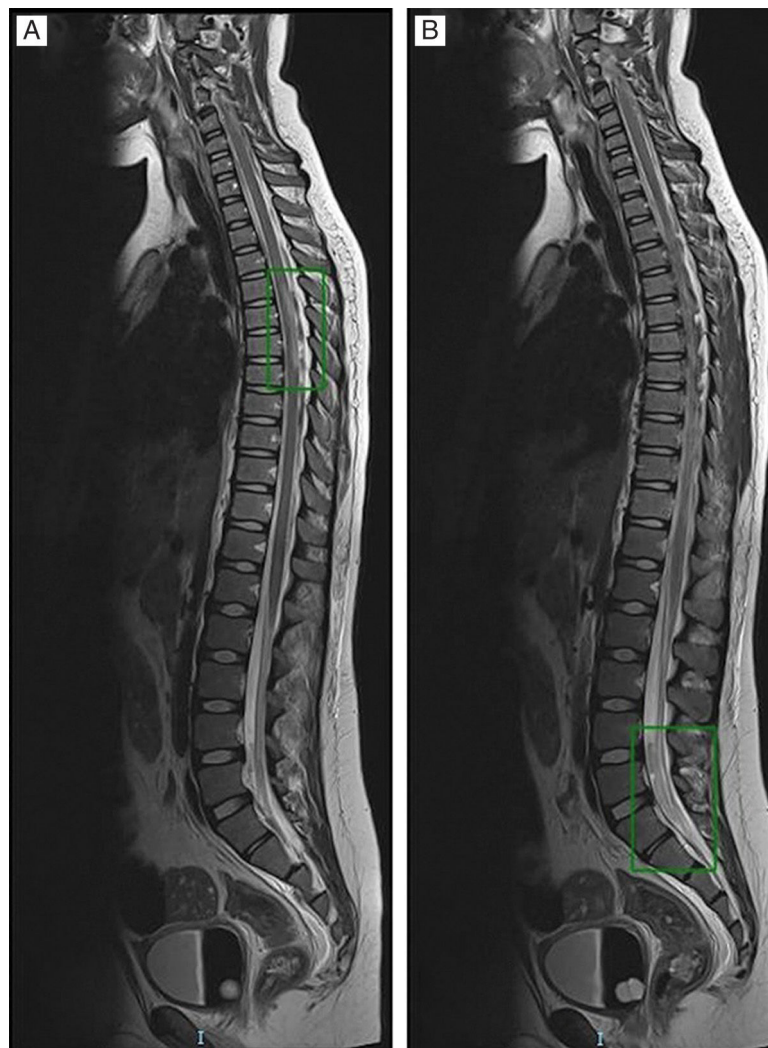


**Figura 1** RM craneal secuencia T2 horizontal donde se aprecia: A) Alteración de señal en surcos a nivel supratentorial. B) Alteración de señal con restricción patológica de epéndimo ventricular de ambas astas occipitales y tercer ventrículo, mínimo del cuarto, así como algo de contenido purulento declive en ambas astas occipitales.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [lourdesartacho89@gmail.com](mailto:lourdesartacho89@gmail.com)  
(L. Artacho González).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.06.006>

1695-4033/© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 2** La afectación medular plantea (A) mielitis transversa aguda (afectación de segmento largo de más de 2/3 del grosor medular, con señal aumentada en potenciación T2), asociada a (B) radiculitis de cola de caballo inflamatoria-infecciosa y material purulento distal declive.

*pyogenes*, por lo que se inicia cefotaxima, clindamicina y dexametasona. Despistaje de inmunodeficiencias negativo. Ante la clínica de hipertensión intracraneal se coloca drenaje ventricular externo con valores de presión intracraneal de 30 mmHg.

Dada la mala evolución, se solicita resonancia magnética (RM) con (fig. 1A) signos de meningitis infratentorial (fig. 1B), ventriculitis generalizada y encefalitis isquémica supratentorial. Tras mejoría clínica, se procede a la extubación a los 5 días y se objetiva paraparesia flácida arrefléxica con hipoestesia y síndrome de cola de caballo. La RM medular compatible con mielitis transversa<sup>1</sup> (fig. 2A) y presencia de material purulento en fondo de saco dural con radiculitis<sup>2</sup> y aracnoiditis de la cola de caballo (fig. 2B).

Bajo la sospecha de un proceso disimmune, se administran inmunoglobulinas<sup>3</sup> y megabolos de corticoides a los 12 días del ingreso con buena respuesta: mejoría de la hipoacusia, mayor movilidad y desaparición de la fiebre. Fue derivado

a una unidad de rehabilitación intensiva. Tras 6 meses, persiste como secuela vejiga e intestino neurógenos.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Bibliografía

1. Frohman EM, Wingerchuk DM. Clinical practice Transverse myelitis. *N Engl J Med.* 2010;363:564–72.
2. Kikuchi M, Nagao K, Muraosa Y, Ohnuma S, Hoshino H. Cauda Equina Syndrome Complicating Pneumococcal Meningitis. *Pediatr Neurol.* 1999;20:152–4.
3. Espinosa-Rueda J, Muñoz-Farjas E, Roche JC. Cranial multineuritis and transverse myelitis as complications of pneumococcal meningitis. *Rev Neurol.* 2022;75:17–20.