

Un caso típico de meningitis bacteriana

Phabiola Hernández Atilano*

RESUMEN

La meningitis bacteriana es una de las patologías que más frecuentemente recibimos en el servicio de urgencias del área de pediatría. La importancia de un diagnóstico oportuno, así como del inicio del tratamiento incluso antes de tener identificado al agente causal es básica para el pronóstico del paciente, hace la diferencia entre un niño sano y uno con secuelas que pueden ser muy graves e incluso provocar la muerte del paciente.

Palabras clave: Meningitis bacteriana, infección del sistema nervioso central.

ABSTRACT

Bacterial meningitis is one of the most frequent pathologies received in the emergency department of pediatrics. The importance of timely diagnosis and initiation of treatment even before we have identified the causative agent is essential for the patient's prognosis and makes the difference between a healthy child and one with consequences that can be very serious and even cause the death of the patient.

Key words: Bacterial meningitis, central nervous system infection.

Se trató de una paciente escolar de ocho años de edad con antecedente de traumatismo craneoencefálico y fractura de órbita derecha a los siete años, aparentemente sin complicaciones y con esquema de vacunación completo, sin otros antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

Inició su padecimiento con la presencia de cefalea generalizada, fiebre no cuantificada y otalgia derecha, agregándose en las siguientes horas vómito de contenido gástrico-alimenticio en cinco ocasiones. La paciente acudió al área de urgencias en las primeras 12 horas de haber iniciado el padecimiento.

A su llegada, se le observa bien orientada, con escala de Glasgow de 15, ligera palidez de tegumentos, mucosas secas, ojos hundidos, pupilas isocóricas, normorefléxicas, faringe hiperémica, otoscopia bilateral normal. No tenía adenopatías, área cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible sin viceromegalias y peristalsis presente. Las extremidades mostraban buen llenado capi-

lar (dos segundos). Sin alteraciones motoras, ni sensoriales. Temperatura de 39 °C.

Se inició manejo de rehidratación y control térmico con soluciones isotónicas y antipiréticas.

Se realizó biometría hemática, la cual reportó hemoglobina 12.5 g/dL, hematocrito 37.9 %; leucocitos 28,000/mm³ con neutrófilos 90% y bandas 10%. Plaquetas 350,000/mm³. El examen de orina no presentó alteraciones.

En las siguientes horas se agregó una afectación del estado neurológico, de modo que mostró irritabilidad y desorientación, alternado con periodos de somnolencia. La escala de Glasgow se calificó en 12, además de tener rigidez de nuca, Kernig positivo, Brudzinski positivo e hiperreflexia patelar bilateral.

Se repitieron nuevamente los estudios encontrándose leucocitos 23,300/mm³, neutrófilos 88%, linfocitos 12%, bandas 29%, plaquetas 242,000/mm³, VSG 35

Recibido: 10 diciembre 2012. **Aceptado:** 24 enero 2013.

* Médico pediatra adscrita al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de Tamaulipas y adscrita al Servicio de Preescolar del HRAEV.

mm/hora. También procalcitonina 18.84 ng/mL, LDH 11,05 U/L.

La química sanguínea, los electrolitos séricos y las pruebas de función hepática se reportaron dentro de límites normales.

Se realizó una punción lumbar para hacer un estudio de líquido cefalorraquídeo, tinción de Gram, citoquímico y cultivo. Se reportó un líquido cefalorraquídeo de aspecto turbio, con proteínas (no cuantificadas), glucosa 65 mg% (con glicemia de 124 mg%), células 3,110 con franco predominio de neutrófilos 100%. La tinción de Gram reporta cocos Gram positivos. Se realizó cultivo de líquido cefalorraquídeo sin reportarse algún crecimiento.^{1,2}

Por su grupo de edad, se presume de una meningitis bacteriana de etiología *S. Pneumoniae*, por lo que se inició tratamiento con ceftriaxona en dosis de 100 mg/kg/día por vía intravenosa y vancomicina 60 mg/kg/día.^{1,3}

En las siguientes horas de haber iniciado tratamiento se observó una importante mejoría, recuperando la escala de Glasgow a 15 puntos y desapareciendo la irritabilidad.

A los ocho días de tratamiento, la paciente se encontró asintomática, afebril, tolerando la vía oral y aparentemente sin secuelas neurológicas. Un estudio de control del líquido cefalorraquídeo reportó aspecto de agua de roca, proteínas al 61 mg%, glucosa de 66 mg%, neutrófilos 80% y linfocitos 20%. La tinción de Gram fue, en este caso, negativa. El cultivo no desarrolló crecimiento bacteriano.⁴

Se completó el esquema de tratamiento de antibióticos en un periodo de 14 días, egresándose a la paciente sin secuelas.

Nos interesó presentar este caso porque representa la evolución típica de una meningitis bacteriana, donde el cuadro clínico, la exploración física y los exámenes de laboratorio se complementan para realizar un diagnóstico oportuno y acertado. La respuesta al tratamiento antimicrobiano y las medidas de sostén dieron los resultados esperados, lo que favorece una evolución clínica hacia la mejoría completa y sin secuelas secundarias. La paciente fue vista en control durante los siguientes tres meses sin mostrar datos de secuelas neurológicas.

DISCUSIÓN

Nos interesó presentar este caso clínico porque refleja la presentación clínica típica de una meningitis; cefalea, fiebre, vómito, la otalgia podría haber sido un síntoma distractor, que retrase el diagnóstico y el inicio del tratamiento, toda vez que a su ingreso no tenía síntomas neurológicos.

Sin embargo, el haberlo mantenido en observación nos brinda la oportunidad de sospechar la afección neurológica en las primeras horas.

Los resultados de la biometría, el deterioro de su estado de conciencia, así como la aparición de datos clínicos de irritación meníngea; signo de Kernig y Brudzinski, nos confirmó clínicamente el diagnóstico de meningitis que se corroboró con el resultado del líquido cefalorraquídeo.

Resultado de esto es la buena evolución del paciente quien fue dado de alta y seguido por control en consulta externa, sin ninguna secuela neurológica.

Tener siempre en mente la posibilidad de un proceso infeccioso del sistema nervioso central, ayuda a hacer diagnósticos tempranos y hace la diferencia en la evolución y el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández PM, Meningitis bacteriana en Pediatría. México, D.F. Academia Mexicana de Pediatría, 1998; 9-31.
2. Saez-Llorens X, McCracken GH. Meningitis. In: Gershon A, Hotez P, Katz S eds. *Kruman's Infectious Diseases of Children*. 11th ed. 2004; 373- 390.
3. Ruiz-Contreras J, Rojo P. Meningitis aguda. En: Arístegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J, eds. *Guía de terapéutica antimicrobiana en pediatría 2007-2008*. 2ª edición. Madrid: Antares; 2007. p. 149-53.
4. Saez-Llorens X, McCracken GH, Jr. Bacterial meningitis in children. *Lancet*. 2003;361(9375): 2139-48.

Correspondencia:

Dra. Phabiola Hernández Atilano

E-mail: phatilano@hotmail.com