
Meningitis Bacteriana Aguda

AUTOR: IGNACIO MARTÍN SANTARELLI

6° Cátedra de Medicina Interna, Hospital de Clínicas, "José de San Martín". U.B.A.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Emergencia neurológica e infectológica, causada por infección e inflamación de las leptomeninges y del espacio subaracnoideo del encéfalo y de la médula espinal, de origen bacteriano.

ETIOLOGÍA

El microorganismo más frecuente en todos los grupos etarios es *S. pneumoniae* (50-70%), seguido por *N. meningitidis*, *Streptococcus grupo B*, *H. influenzae tipo B* y *L. monocytogenes*. Éste último cobra jerarquía en los adultos >65 años y en recién nacidos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Evaluar siempre la necesidad de internación y de consulta con psiquiatría. Control de signos vitales, saturación de oxígeno, asegurar permeabilidad de la vía aérea.

- **Fiebre:** Presente en el 95% de los casos, habitualmente es de 38-39 °C.
- **Cefalea:** Suele ser holocraneana, y por lo general, intensa y con franca repercusión clínica.
- **Rigidez de nuca:** Sensibilidad 30%, especificidad 100%. **Signos de Kernig y Brudzinski:** Sensibilidad: 5%; especificidad 95%.
- **Disminución del nivel de conciencia:** Lo más frecuente es el letargo; no suele haber cambios de la conducta, que deberían orientar hacia un proceso encefalítico como diagnóstico alternativo o concomitante.
- **Otras formas de presentación asociadas:** convulsiones, déficit neurológico, rash petequeal y púrpura palpable en meningitis por *N. meningitidis*.
- **Infecciones por Listeria:** Presentación subaguda, con componente encefalítico o sin él. Es la causa más frecuente de **romboencefalitis:** cefalea, fiebre y vómitos, seguidos de parálisis de nervios craneales, ataxia y signos cerebelosos.

DIAGNÓSTICO

En el escenario clínico apropiado, se basa en los hallazgos del LCR por punción lumbar (PL). Presentaciones más frecuentes:

| | Recuento leucocitario | Proteinorraquia | Glucorraquia /glucemia | Lactato | Presión de apertura |
|-----------------------|-----------------------|-----------------|------------------------|------------|-------------------------|
| Valor normal | <5/campo | <35-50 mg/dl | >0,6 | <3,5 mEq/l | <20 cm H ₂ O |
| Meningitis bacteriana | 100-10.000 /campo | 100-500 mg/dl | <0,4 | >4,2 mEq/l | >20 cm H ₂ O |
| Meningitis viral | 5-100/campo | 50-300 mg/dl | >0,6 | <3,5 mEq/l | variable |

- **Contraindicaciones:** **1)** Plaquetopenia (<50.000/ μ l), **2)** Coagulopatías o anticoagulación terapéutica, **3)** Sospecha de absceso epidural, **4)** Sospecha de hipertensión endocraneana (en este caso, realizar TAC de cerebro previa).
- **Cultivo de LCR:** El 70-85% son positivos. Puede demorar hasta 48 H.
- **Hemocultivos:** Son positivos en el 50-90% de los casos. En el contexto clínico adecuado, hacen diagnóstico etiológico. Deben obtenerse siempre antes del inicio del tratamiento antibiótico.
- **Pruebas de aglutinación en látex de antígenos bacterianos en LCR:** Útiles para realizar diagnóstico cuando se usaron antibióticos y el Gram y cultivo son negativos. Sensibilidad del 50-100%, y especificidad del 90-100%.
- **Laboratorio:** Leucocitosis, leucopenia, elevación de proteína C reactiva.

TRATAMIENTO

- La demora en el inicio del tratamiento antibiótico se asocia a mayor mortalidad y riesgo de secuelas neurológicas. Idealmente, debe iniciarse **dentro de las 3 H del ingreso hospitalario**.
- La sospecha clínica justifica el **tratamiento empírico intravenoso (IV)** si la realización de PL se demora.
- Los corticoides sistémicos administrados **20-30 minutos antes** de los antibióticos o junto con éstos, disminuyen el riesgo de secuelas neurológicas en meningitis por *S. pneumoniae*. Como la mayoría de las veces se desconoce el agente etiológico, se sugiere administrarlos **siempre** cuando el cuadro clínico y el LCR sugieren meningitis bacteriana.

| Tratamiento | Dosis | Duración del tratamiento según etiología |
|--------------|--|--|
| Corticoides | - Dexametasona 0,15 mg/kg c/6 H, durante 4 días (D) si se confirma <i>S. pneumoniae</i> ; suspender cuando se descarte por cultivo o Gram. | - No especificada: 10-14 D - <i>S. pneumoniae</i> : 10-14 D - <i>N. meningitidis</i> : 5-7 D |
| Antibióticos | - Ceftriaxona 2 g c/12 H IV ó Cefotaxima 2 g c/4-6 H IV más - Vancomicina 15-20 mg/kg c/8-12 H* más - Ampicilina 2 g c/4 H IV † | - <i>Haemophilus influenzae</i> : 7 D - <i>Listeria monocitogenes</i> : 21 D - Bacilos Gram negativos: 21-28 D |

- Alérgicos a penicilinas: moxifloxacina 400 mg/D reemplaza a cefalosporinas; TMS 5 mg/kg c/6 H reemplaza a ampicilina.

* En poblaciones donde la prevalencia de *S. pneumoniae* resistente a cefalosporinas es una preocupación. En nuestro medio, su indicación queda a criterio del médico tratante. † En pacientes >65 años.

Bibliografía:

1. Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clin Infect Dis*. 2004 Nov 1;39(9):1267-84. Epub 2004 Oct 6.
2. Chaudhuri A, Martinez - Martin P, Kennedy PG. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurol*. 2008 Jul;15(7):649-59.
3. Moayedi Y, Gold WL, et al. Acute bacterial meningitis in adults. *CMAJ*. 2012 Jun 12;184(9):1060. doi: 10.1503/cmaj.111304. Epub 2012 Feb 13