

Caso 267

Evolución de una meningitis en el tiempo: cronograma interrelación de servicios asistenciales en Hospital Comarcal

TORREGROSA SANCHÍS, ANGEL; VALIENTE BAYARRI, MARINA; MARTÍNEZ MONZÓ, FELIP; MONTALVA BARRA, JUAN CARLOS; HUERTA RUBIO, GUADALUPE; MILLAN SORIA, JAVIER
Hospital "Lluís Alcanyis" XATIVA, Valencia

HISTORIA CLÍNICA - ANTECEDENTES DE INTERÉS

Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés médico-quirúrgicos de interés en anamnesis efectuada a los familiares.

A las 08,38 h, tras asistencia domiciliaria previa (06,47 h.), se remite en ambulancia a Urgencias Generales (08:38 h.) por cuadro apreciado por un familiar en periodo nocturno consistente en postración, náuseas con un vómito y deterioro progresivo del nivel de conciencia a estado de obnubilación (somnolienta, habla confusa y lenta, bradipsíquica).

Tras realización de triaje Manchester pasa a sala de observación (amarillo).

Los familiares acompañantes que la trasladan, refiere que 10-12 días antes había estado en tratamiento sintomático por infección de vías aéreas superiores (otitis serosa no febril que trató con paracetamol y mucolítico).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al ingreso: T^a 38,1° C, TAS 160 mmHg, TAD 100 mmHg, FC 108 lpm, SpO₂ 93%. Glasgow calculado 13 (Ocular 3, Verbal 4, Motor 6)

Exploración por aparatos: auscultación y ORL sin apreciar alteraciones de aparente significación. Neurológico: Glasgow referido, apreciando resistencia a la flexión anterior cervical sin flexión aso-

ciada de rodillas ni aparente limitación extensión piernas: Brudzinski y Kernig negativos). No lesiones cutáneas de aparente interés.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración	Resultados	Cronograma
Hematimetría Cursada registro 09:00 h	Leucocitos 29800 / μ L (G 89'7%, L 4'2%, M 6%, B 0'1%)	
	Hb 13'2 g/dL, Hto 39'3%, VCM 86'2 fl, HCM 29 pg, CHCM 33.7 g/dl, ADE 14.7%	
	Plaquetas 154000 / μ L	
Coagulación Cursada registro 09:00 h	Quick 87% INR 1.1 TTPA 31.6 " (20-40)	
Bioquímica Cursada registro 09:00 h	Glucosa 124 mg/dl, PCR 240.4 mg/dl Urea 36 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl, Na 138 mmol/L, K 2.8 mmol/L, Ca 8.9 mg/dl, GOT/GPT 16/26 UI/L	Hora informe: 10:36:00
Gasometría arterial con O ₂ , 3 lpm gafas Cursada registro 09:00 h	pH 7.41, pCO ₂ 33.2 mmHg, pO ₂ 111.4 mmHg, HCO ₃ 20.8 mmol/L, EBA -2.4 mmol/L, EBS -3.8 mmol/L, SO ₂ 98.3%	11:01:00
Rx Tórax	No se aprecian condensaciones ni derrames	09:20:45
Sedimento Orina Cursada registro 09:00 h	Leucocitos: 1-4 /campo	

En la espera resultados analíticos, se solicita y realiza estudio con TC craneal sin y con contraste (hora inicio estudio \rightarrow 09:41:46), para descartar posibilidad de absceso otológico con el siguiente resultado: Ocupación de oídos medios y celdillas mastoideas bilateral. Presencia de burbuja de aire intracraneal en fosa cerebral media adyacente al "tegmen timpani" derecho, así como otra burbuja en tentorio cerebeloso derecho; compatibles con comunicación entre oído medio y cavidad intracraneal y, por lo tanto, posible extensión del proceso infeccioso a cavidad intracraneal, aunque sin observar colecciones intracraneales, abscesos, ni realce meníngeo patológico.

También se observa ocupación parcheada de las celdillas etmoidales, engrosamiento mucoso de senos maxilares y engrosamiento con ocupación de senos esfenoidales.

Tras comprobar la ausencia de contraindicación analítica para realizar punción lumbar, se procede a localizar mejor punto de punción mediante técnica ecográfica. Al 2º intento se logra la obtención de líquido turbio, por goteo (no se dispone de anemómetro para medición de presión)

Exploración	Resultados	Cronograma
LCR Punción registrada 10.20 h	Bioquímica: glucosa 3 mg/dL, proteínas 222.8 mg/dL	Hora informe: 12:30
	Celularidad: 9095 cels /uL, 98% PMN, 2% Mo	Hora informe: 12:30
Hora informe: 12:39	Tinción de Gram: abundantes leucocitos PMN y abundantes diplococos Gram + compatibles con neumococo	Hora informe: 12:39
	Antígenos LCR: (+) neumococo	Hora informe: 12:39

Ante las características iniciales del líquido obtenido y siguiendo la propuesta de pauta empírica de tratamiento (>50 años), se inicia administración de inicial Ceftriaxona 2 g IV (10,40 h, registro 11,00 h.) añadiendo, tras disponer del resultado de la tinción de Gram, una 1 hora posterior al anterior, Vancomicina 1 g/6 h + Ampicilina 2 g/4 (se sustituye posteriormente para cubrir meningococo o

posible resistencia neumocócica por: Rifampicina 600 mg/día).

Con el Gram realizado se añade 10 mg de dexametasona IV.

Se procede a solicitar evaluación por Servicios Médicos de:

UCI Meningitis bacteriana sin complicaciones ni fallo orgánico, puede proseguir evolución en planta.

ORL Mantener tratamiento ATB amplio, sin criterios de actuación quirúrgica actual, se realizará seguimiento y control evolutivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El habitual del síndrome meníngeo febril

1. Meningitis agudas: víricas y bacterianas.
2. Meningitis subagudas-crónicas.
3. Encefalitis - Meningoencefalitis.
4. Abscesos cerebrales.

EVOLUCIÓN

A las 2 horas de iniciado el tratamiento, la paciente había recuperado nivel de conciencia (GCS 15), refiriendo cefalea frontal y náuseas, que se contro-

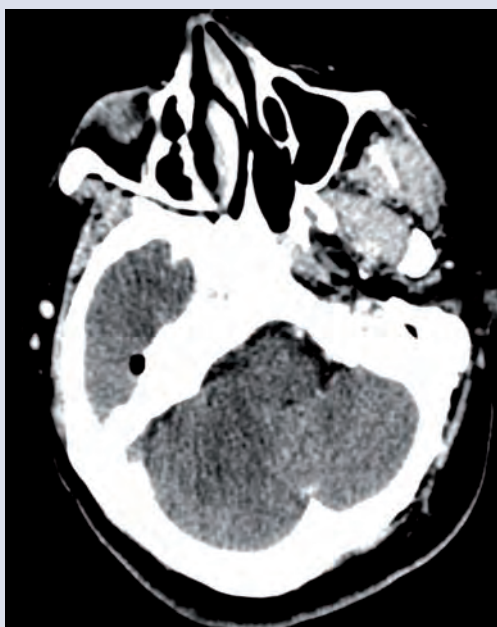


Figura 1



Figura 2

laron con analgésicos menores y antieméticos. Se procede a ingreso en planta de MI a las 17:36:00 h., tras periodo de observación en área de urgencias.

Permaneció ingresada 13 días. Permanece asintomática, sin secuelas, con seguimiento por servicios de ORL y Medicina Interna.

DIAGNÓSTICO FINAL

1. Meningitis bacteriana aguda de foco otológico.
2. Otitis media serosa bilateral, otitis media derecha, pansinusitis.

DISCUSIÓN

1. Importancia de la disponibilidad rápida o inmediata de técnicas complementarias accesibles en un entorno de Hospital Comarcal (no siempre disponibles por disponibilidad de especialistas) que puedan orientar más concretamente posible germen causante.
2. En el contexto de infección de vías superiores, tener siempre en cuenta las estructuras que se encuentran alrededor de la cavidad timpánica, debido que ante una infección a nivel de oído medio (Otitis) pueden verse afectadas, generando una meningitis, si se extiende hacia la fosa craneal media tras cruzar por la pared tegmentaria.
3. Posibilidad de utilización de técnicas complementarias (PL dirigida por ecografía) para mejorar la eficacia de las técnicas y habilidades en el campo asistencial urgente.
4. Plantearse la posibilidad de presencia de fístulas de líquido cefalorraquídeo pueden ser **Adquiridas** constituyen el subgrupo más amplio e incluyen las fístulas por traumatismo, las debidas a procesos infecciosos o inflamatorios, las yatrógenas y las secundarias a procesos neoplásicos (benignos o malignos), así como las espontáneas, aunque estas últimas son menos comunes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gastón, J. Muruzábal, P. Quesada, E. Maraví. Infecciones del sistema nervioso central en urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2008;31(Supl. 1):99-113.
2. Sánchez Maganto, E. - Agustín Julián Jiménez, A. Infecciones del Sistema Nervioso Central. En: Julian Jimenez A, coordinador. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias*, 3a ed. Madrid. Edicomplet Grupo SANED 2010. pp.697-716.
3. Serrano-Heranz R., Sicilia-Urbán JJ., Sanz-Rojas P. Infecciones por neumococo. Clasificación. Factores predisponentes. Aspectos patogénicos de relevancia clínica o diagnóstica. Manifestaciones clínicas. Formas de comienzo. *Medicine.* 2010;10(50):3352-9.
4. Fernández Cardona, Martín González, M L. Sánchez Sendín, D. Gallego Alonso-Colmenares, M. Sospecha y diagnóstico de un paciente con posible infección del sistema nervioso central. Tratamientos empíricos. *Medicine.* 2011;10(89): 6059-61.

COMENTARIO EDITORIAL

La meningitis bacteriana aguda (MBA) provoca una elevada mortalidad y tiene la característica de tener una evolución rápidamente progresiva, por lo que es claramente una enfermedad tiempo dependiente. El retraso en el diagnóstico y/o en el inicio del tratamiento está relacionado directamente con un aumento de la mortalidad. Ese retraso en el comienzo del tratamiento está en relación con 3 factores: la no administración del tratamiento antibiótico previo a la llegada del paciente cuando éste venía trasferido de otro nivel asistencial, la espera en la realización de tomografía axial computarizada craneal previa a la punción lumbar y la ausencia de los signos clínicos clásicos de MAB. Únicamente el 44% de los pacientes con MAB padecen la sintomatología clásica de esta infección, lo cual dificulta el diagnóstico, y es el factor más importante asociado al retraso en el tratamiento. No obstante, los mayores retrasos en su administración están relacionados con la espera a la realización de una TAC craneal para abordar posteriormente la realización de una punción lumbar. La instauración del tratamiento antibiótico 1 o 2 horas antes de la obtención de la muestra de líquido cefalorraquídeo, no disminuye la sensibilidad diagnóstica del cultivo del líquido, si este diagnóstico se hace en conjunción con la determinación de antígenos bacterianos y la obtención de hemocultivos. Por tanto, la realización de una TAC y/o una punción lumbar no deben retrasar el inicio de la terapia antibiótica. El retraso en la administración del AB también se asocia a un aumento de la mortalidad cuando el tiempo se mide desde el comienzo de los primeros síntomas o de la disminución del nivel de consciencia, y no sólo desde la llegada al Servicio de Urgencias. Esto pone de manifiesto la necesidad de administrar el tratamiento lo antes posible una vez el paciente ha llegado al SUH. Existen en la literatura múltiples estudios observacionales que demuestran la importancia del tratamiento precoz en la MBA, incluso la importancia de su administración antes de la llegada del paciente al hospital si esto es posible.

Manel R Chanovas Borràs

Servicio de Urgencias. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta