

Caso 35

Sepsis grave por meningitis meningocócica por *Neisseria meningitidis* serogrupo Z

NURIA GUTIÉRREZ PESQUERA, OLATZ ERCILLA ARGINZONIZ, EGOITZ MARTITEGI ALBIZU, OIHANE BARRENETXEA BARRUETABEÑA, MAITANE GALLARRETA MARTIN
Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao-Usansolo.

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Natural de Marruecos. No alergias medicamentosas. No enfermedades médico-quirúrgicas de interés. No antecedentes familiares.

El paciente acude por sus propios medios por presentar desde hace 24 horas fiebre de hasta 38,5°C y tiritona, que cede parcialmente con antitérmicos. Refiere dolor abdominal, vómitos alimentarios y deposiciones blandas sin productos patológicos. A su vez, cefalea coincidiendo con el pico febril. Niega clínica urinaria o respiratoria.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tensión arterial (TA) 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 12 respiraciones por minuto, Temperatura 39°C. Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Bien nutrido. Bien perfundido. Sequedad de mucosas. No lesiones en la piel. Cabeza y cuello: No adenopatías, no plétora yugular, no rigidez de nuca ni signos meníngeos. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen: Difícil de deprimir por defensa generalizada más localizada en fosa iliaca derecha, no masas ni megalias, no hernias, ruidos aumentados, puñopercusión renal bilateral negativa. Extremidades inferiores sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA: Creatinina 2,69 mg/dl, urea 83 mg/dl, procalcitonina 150 ng/ml, PCR 466 mg/l, leucocitos 42.300/mm³ (cayados 31%), plaquetas 136.000/mm³, TP 46%, TPTA 43 sg.

Gasometría venosa: pH 7,31, exceso de base -1,1, resto normal.

ORINA: 5-15 hematíes/campo, 1-5 leucocitos/campo, resto normal. Antígenos de legionella y neumococo negativos.

TAC ABDÓMINO-PÉLVICO: Discreta hepatomegalia, discreto aumento del tamaño del riñón izquierdo con respecto al contralateral, sin dilatación de la vía urinaria.

ECG: Ritmo sinusal a 120 por minuto, QRS 60°, sin alteraciones agudas de la repolarización.

RX TÓRAX: Sin alteraciones valorables.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Sepsis grave secundaria a patología abdominal: apendicitis aguda/absceso, colecistitis aguda, ileítis/colitis infecciosa, pielonefritis aguda.

EVOLUCIÓN

A su llegada a Urgencias se monitoriza el paciente y se canalizan 2 vías venosas periféricas con reposición de aproximadamente 3 litros de cristaloides, se realiza sondaje urinario, se recogen hemocultivos, urocultivo y se solicita coprocultivo, pautando antibiótico empírico (amoxicilina-clavulánico 1 gramo iv) ante sospecha de foco abdominal. Tras infusión de sueroterapia, permanece en todo momento con cifras de TA entorno a 100/60 mmHg, FC 110-120 y presenta pico febril de 39°C. Con la llegada de la analítica se pauta tratamiento con piperacilina/tazobactam 4,5/0,5g ante sospecha de sepsis grave probablemente de origen abdominal y se realiza TAC abdómino-pélvico sin confirmarse patología. Durante la estancia en urgencias, tras realización de pruebas complementarias comentadas, presenta episodio de agitación, obnubilación y rigidez de nuca con signos meníngeos, y se avisa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por la severidad del cuadro. Durante su ingreso en UCI llama la atención la situación neurológica que oscila entre tendencia al sueño y agitación intensa y se objetivan lesiones petequiales de predominio en extremidades **que previamente no presentaba**. Ante la sospecha de meningitis meningocócica se inicia tratamiento con 2 gramos de ceftriaxona intravenosa sin realización de punción lumbar por coagulopatía. Se realiza TAC craneal objetivándose discreta hiperdensidad de la sustancia gris cortical así como de la vasculatura cerebral, evidenciándose aparente obliteración de las cisternas perime-

sencefálicas. El paciente evoluciona favorablemente en las primeras horas tanto desde el punto de visto neurológico y hemodinámico, así como de todos los parámetros analíticos de sepsis. Al día siguiente se realiza la biopsia de las lesiones, donde se detectan diplococos gram negativos en parejas y en los hemocultivos se objetiva crecimiento de *Neisseria meningitidis* serogrupo Z sensible a cefotaxima. Permanece en la unidad 72 horas y dada la buena evolución se decide traslado a la planta de Neurología. En este Servicio se realiza punción lumbar tras corrección de la coagulopatía (glucosa 53 mg/dL, proteínas 44,8 g/L, leucocitos 516/mm³ (polimorfonucleares 83%, linfocitos 17%), 100 hematíes/mm³, ADA 14,7). Tras 8 días de ingreso y completar tratamiento antibiótico se decide alta tras muy buena evolución del paciente.

DIAGNÓSTICO FINAL

Sepsis grave por meningitis meningocócica por *Neisseria meningitidis* serogrupo Z.

DISCUSIÓN

La enfermedad meningocócica se describió por primera vez en 1805, en un brote que asoló Ginebra (Suiza). El agente causal, *N. meningitidis*, se identificó en 1887. Se han identificado 13 serogrupos de *N. meningitidis*, 5 de los cuales (A, B, C, W135 y X) pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varía según el serogrupo. Las cepas del serogrupo A se asocian con epidemias recurrentes de meningitis en África, Oriente Medio y Sudeste asiático, siendo los serogrupos B y C los causantes de la mayoría de los casos de meningitis epidémica y esporádica en los países desarrollados; estos tres serogrupos son los causantes de hasta el 90% de enfermedad meningocócica en el mundo. En general, la mayor carga de enfermedad meningocócica corresponde a una zona del África subsahariana conocida como el

«cinturón de la meningitis», que va desde Senegal hasta Etiopía.

Aunque los datos epidemiológicos nos deben orientar hacia los serogrupos más comunes B y C, no debemos olvidar que existen otros poco comunes que pueden producir patologías graves. El paciente presentó una meningitis debida a meningococo Z, serogrupo excepcional, que dispone apenas de bibliografía, debutando en un principio como sepsis severa en contexto de patología abdominal, empeorando rápidamente, presentando finalmente clínica y exploración neurológica compatible con meningitis meningocócica. Evolución que reafirma la importancia de evaluar continuamente a pacientes con sepsis grave, en la búsqueda de foco infeccioso. Y destacando la buena y rápida evolución con terapia antibiótica habitual, sin que este serogrupo excepcional, afecte al curso clínico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nathanson L. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Neisseria meningitidis* serogroup Z. *Clinical Pediatrics* 1993;32(8):510.
2. Leggiadro RJ, Lazar LF. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Neisseria meningitidis* Serogroup Z in an infant with liver failure. *Clinical Pediatrics* 1991;30(6):350-2.
3. Nazer L, Rytel MW. *Neisseria meningitidis* serogroup Z as a cause of meningitis. *Wisconsin Medical Journal* 1985;84(8):16-7.
4. Fallon RJ, Brown W, Scott AC. Infections caused by meningococci of serogroup Z. *Lancet* 1971;1(7703):783-4.
5. Trop Skaza A, Selic Kurincic T, Beskovnik L, Paragi M, Bozanic V. First case of meningococcal meningitis due to *Neisseria meningitidis* serogroup Z in Slovenia, december 2010. *Euro Surveill* 2011;16(6). Pii:19786.

COMENTARIO EDITORIAL

Se nos presenta la historia de un paciente, del cual desconocemos su edad (dato tremendamente importante), que acude “por sus propios medios” con un cuadro agudo de sepsis grave, etiquetada como de probable origen abdominal (historia de dolor abdominal, vómitos y deposiciones blandas) y que posteriormente evoluciona hacia una meningitis meningocócica. Todo ello con la particularidad que está producida por *Neisseria meningitidis* serogrupo Z, cuya prevalencia es muy baja, y con poca casuística en la literatura médica.

La meningitis es una emergencia médica que obliga a un tratamiento precoz, idealmente antes de transcurrida la primera hora, ya que es una enfermedad de las denominadas tiempo-dependiente, en la que la demora en la instauración de tratamiento condiciona aumento de la mortalidad.

La indicación de una TAC craneal previa a la punción lumbar (PL), o incluso la misma PL, (técnica diagnóstica de meningitis), ya sea por dificultad en su realización o contraindicación inicial, no nos debe hacer demorar el inicio inmediato de tratamiento. En estas ocasiones, la extracción de hemocultivos en el momento de canalizar un acceso venoso para instaurar tratamiento parenteral, muy probablemente nos dará el diagnóstico microbiológico.

Es por esto, que la actitud de los médicos que atendieron al paciente fue correcta, pues no intentaron revertir la coagulación para realizar la PL diagnóstica, con el consiguiente retraso que esto hubiera generado. Además, probablemente el cultivo de dicho líquido cefalorraquídeo (LCR) hubiera sido negativo, al haber iniciado previamente tratamiento antibiótico por sospecha de sepsis grave (y hablaríamos de meningitis “decapitada”).

El manejo del paciente con sepsis es correcto, ya que se canalizan 2 vías venosas para reposición hidroelectrolítica, se procede al sondaje vesical para comprobar el balance de líquidos, y previa realización de hemocultivos y urocultivo, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro. Posteriormente, se amplía la cobertura antibiótica al recibir la analítica que confirma que nos encontramos ante una sepsis grave (sepsis asociada a datos de disfunción orgánica o con hipoperfusión, insuficiencia renal, acidosis y alargamiento de los tiempos de coagulación).

Igualmente importante es mantener en observación continua al paciente con sepsis grave a la búsqueda del foco infeccioso (se practicó TAC abdominal que descartaba razonablemente el foco abdominal como origen del cuadro infeccioso). Es así como posteriormente asistimos al cuadro neurológico, con alteración del sensorio, rigidez de nuca y signos meníngeos, y aparición de lesiones cutáneas, todo ello compatible con meningitis. De hecho, la meningitis puede preceder, ir concomitante, o aparecer después del cuadro de sepsis.

Dr. Ferran Llopis.
H G U Vall d'Hebron. Barcelona