



I-282 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MENINGITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

H. Molina Llorente¹, D. Toresano López¹, A. Arnáiz García², M. Vieitez Santiago³, P. Hernández Martínez¹, I. Sanlés González¹, J. García Palacios¹ y A. Bueno Álvarez⁴

¹Medicina Interna, ²Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). ³Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria). ⁴Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

Resumen

Objetivos: Definir las características clínicas, hallazgos microbiológicos, manejo y tratamiento antibiótico de los pacientes con meningitis.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de meningitis desde noviembre de 2015 a noviembre de 2017 en nuestro hospital.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, 65% varones y 35% mujeres. Con un rango de edad muy amplio, incluida la edad pediátrica (0 a 88 años), y una media de 28 ± 28 años. La estancia hospitalaria media fue de 13 días, procedentes de los servicios de: Pediatría (52%), Neurología (32%), M. Interna (7%), Otros (Neurocirugía, M. Intensiva) (9%). La media de días de evolución clínica hasta la consulta fue de 8 días y la clínica: fiebre (91%), cefalea (52%), vómitos (39%), alteración cognitiva-conductual (26%), sd. general (18%), crisis convulsiva (9%), diarrea (7%), alteración visual (4%). En cuanto al examen físico: rigidez de nuca (41%), focalidad neurológica (11%), petequias (6%), rash (9%). Un 94% fueron meningitis agudas y un 6% crónicas. En cuanto a la etiología: vírica (44%), bacteriana (33%), tuberculosa (6%), sin germen (15%), sífilítica (2%). Entre los factores de riesgo: otitis previa (33%), tumor (22%), inmunodepresión (11%), derivación ventrículo-peritoneal (6%), bacteriemia (6%), parto/rotura prematura de membranas (6%), hepatopatía (6%). En un 52% se realizó TAC previo a punción lumbar, de los cuales un 35% fue normal. Un 18% presentaron criterios de sepsis, un 28% precisó de ingreso en UCI. Dos pacientes (4%) fallecieron. Microbiología de LCR: E. coli: 4%; Enterovirus: 33%; H. influenzae: 6%; herpes simple-1: 4%; herpes simple-2: 2%; M. tuberculosis: 6%; N. meningitidis B: 4%; S. pneumoniae: 11%; sífilis: 2%; S. agalactiae: 2%; S. constellatus: 2%. En 8 pacientes (15%) tuvieron bacteriemia asociada (E. coli, H. influenzae, N. meningitidis, S. pneumoniae, S. constellatus). La combinación más frecuente en un 37% fue la cefotaxima +vancomicina.

Discusión: La meningitis es una infección grave, potencialmente mortal, por lo que es importante una sospecha diagnóstica a partir de la clínica y examen físico, incluido la obtención del LCR sin demorar la instauración del tratamiento antibiótico precoz.

Conclusiones: La mayoría son meningitis agudas, y dentro de la etiología es más habitual la viral

(Enterovirus), seguida de la bacteriana (*S. pneumoniae*). Entre los factores de riesgo destaca el antecedente previo de otitis y estado de inmunosupresión, incluido tumores. La presentación clínica más frecuente es la fiebre, seguida de la cefalea y vómitos, y en el examen físico la rigidez de nuca. Analíticamente destaca la leucocitosis y elevación de la PCR, y las características del LCR predominante es de tipo bacteriano, con hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia, mayor % de PMN (media de 57%) que de linfocitos (media de 41%). El TAC se realizó antes de la punción lumbar en la mitad de los casos, y la obtención del LCR en un 96%, aportando gran información sobre la etiología del proceso para tratamiento. En todos ellos los antibióticos garantizan la cobertura de Gram (+) y (-), siendo la combinación más frecuente cefalosporinas (cefotaxima) y vancomicina, añadiendo en algunos casos ampicilina y en infección vírica, aciclovir. La duración del tratamiento antibiótico es 2 semanas, salvo complicaciones pudiéndose alargar 1 mes o en la tuberculosa que se puede prolongar hasta 1 año. La mortalidad fue baja.