



## I-047 - ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Sanlés González<sup>1</sup>, A. Jiménez Alfonso<sup>2</sup>, P. Hernández Martínez<sup>1</sup>, Z. Salmón González<sup>1</sup>, A. Aranguren Arostegui<sup>4</sup>, D. Toresano López<sup>1</sup>, H. Molina Llorente<sup>1</sup> y A. Arnaiz García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Vizcaya.

### Resumen

**Objetivos:** Neisseria meningitidis es un patógeno humano obligado causante de meningitis y bacteriemia. La enfermedad meningocócica invasiva es la presentación más grave provocada por este germen, asocia desde síntomas inespecíficos hasta un cuadro clínico de sepsis grave con fracaso multiorgánico y muerte, por ende es una patología con una elevada morbimortalidad. Su incidencia es mayor en países en vías de desarrollo, mientras que en países desarrollados es baja siguiendo una distribución bimodal en < 4 años y adolescentes 15-19 años. La mayoría de las infecciones meningocócicas son producidas por los serogrupos A, B, C, W-135 e Y-28. Pueden desencadenar esta patología tanto factores ambientales como alteraciones en la inmunidad celular del propio individuo. El tratamiento antimicrobiano precoz ha demostrado disminuir la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y pronósticas de pacientes diagnosticados de enfermedad meningocócica en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de enfermedad meningocócica en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde diciembre de 2006 hasta mayo de 2017. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, de tratamiento y pronósticas.

**Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes, 54% mujeres (n = 47). Edad media de 20 años (0 -81). Estratificado por subgrupos de edad: 0-5 años 50,6% (n = 44), 6-10 años 10,3% (n = 9), 11-18 años 8% (n = 7), 19-50 años 12,6% (n = 11) y > 51 años 18,4% (n = 16). Estancia hospitalaria media 11,4 ± 8,9 días. Estaban vacunados 36,8% (n = 32), estado de vacunación desconocido 46% (n = 40). Casi un tercio de los pacientes (30,6%) fueron diagnosticados en 2007. 93,1% (n = 81) adquisición de la infección desconocida, 5 casos por contagio en colegio y 1 en personal sanitario. 69% (n = 60) se presentaron como meningococemia sin meningitis, 31% (n = 27) como meningitis. Factores predisponentes: corticoterapia 8% (n = 7), neoplasia sólida o hematológica 6,9% (n = 6), diabetes mellitus 4,6% (n = 4), trasplante de órgano sólido 2,3% (n = 2), enfermedad reumatológica 2,3% (n = 2), tratamiento quimioterapia 2,3% (n = 2), tratamiento monoclonal 1% (n = 1), hepatopatía 1% (n = 1). Síntomas más frecuentes: fiebre 82,8% (n = 72), petequias 78,2% (n = 68), alteración del nivel de conciencia 45,9% (n = 40), rigidez de nuca 37,9% (n = 33), convulsiones 1,1% (n = 1), artralgias 10,3% (n = 9), hipotonía 8% (n = 7) y pericarditis 1,1% (n = 1). Analíticamente: leucocitosis 18.208

$\pm 117.774/\text{ul}$ , PCR  $15,13 \pm 7,92$  mg/L, alteración transaminasas 25,3% (n = 22) y fracaso renal agudo 23% (n = 20). Líquido cefalorraquídeo (LCR): células  $1.576 \pm 2.332,6/\text{mm}^3$ , PMN  $86,8 \pm 11,7\%$ , proteínas  $259,42 \pm 241,41$  mg, glucosa  $36,55 \pm 29,14$  mg. Rastreo microbiológico positivo: hemocultivos 54% (n = 47) y LCR 26,4% (n = 23). El serogrupo B el más frecuente (62,1%). 66,7% se trató con ceftriaxona y 33,3% con cefotaxima, asociándose en 10,1% vancomicina y en 4,5% aciclovir. Duración media de tratamiento de  $9,47 \pm 4,77$  días. Requirieron ingreso en UCI 84,7% (n = 76). Fallecieron el 6,9% (n = 6).

*Conclusiones:* Los grupos más afectados fueron aquellos con edades extremas. Destaca que casi en la mitad de los pacientes el estado de vacunación era desconocido. Existe un número mayor de pacientes diagnosticados de meningococemia que de aislamientos microbiológicos por hemocultivos, este decalaje se observó principalmente en pacientes pediátricos diagnosticados por la presentación clínica e iniciado el tratamiento previo extracción de muestras microbiológicas. El descenso del número de casos diagnosticados a partir de 2008 se podría justificar por la implementación de la vacunación de los pacientes inmunodeprimidos (onco-hematológicos, transplantados...). La enfermedad meningocócica acarrea una elevada morbimortalidad, de ahí el elevado número de pacientes que requieren ingreso en UCI y el no desdeñable porcentaje de pacientes fallecidos.