



I-93. - ANÁLISIS DE 45 CASOS DE MENINGITIS POSQUIRÚRGICAS

E. Pardo-Magro, L. Barrena-Santana, F. Rodríguez-Vidigal, A. Vera-Tomé, N. Nogales-Muñoz, S. González-García, R. Pérez-Palacio, A. Muñoz-Sanz

Unidad de Patología Infecciosa. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los pacientes diagnosticados de meningitis postquirúrgica en un hospital universitario de referencia.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo realizado a los pacientes ingresados (8 enero de 2007-mayo de 2014) en el Hospital Universitario de Badajoz a quienes se les hizo un diagnóstico de meningitis postquirúrgica (alteraciones licuorales compatibles) Se elaboró un protocolo de recogida de variables que incluyó datos quirúrgicos, clínicos, microbiológicos, terapéuticos y pronósticos. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS 15.0.

Resultados: Se analizaron 45 pacientes (73% varones). La edad media fue $51,8 \pm 15,6$ años (rango 18- 83). El 20% presentaba algún tipo de inmunodepresión (tratamiento con corticoides, quimioterapia, radioterapia o trasplantados). La indicación de la cirugía fue: el 33% por hemorragia cerebral espontánea; el 29% por un tumor cerebral; el 18% por cirugía de la columna y el 16% por un traumatismo cráneo-encefálico. El 51% precisó drenaje ventricular. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre (80%), deterioro neurológico (34%) y cefalea (46%). El cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue positivo en 23 casos (51.1%) Se aislaron bacterias gramnegativas en 13 pacientes (4 Escherichia coli, 2 Enterobacter cloacae, 2 Pseudomonas aeruginosa, 2 Acinetobacter baumannii, 1 Stenotrophomonas maltophilia, 1 Klebsiella pneumoniae y 1 Serratia marcescens) y cocos grampositivos en 10 (7 Staphylococcus coagulasa negativo, 2 Staphylococcus aureus y 1 Enterococcus faecalis) De los aislados, 7 (39,1%) fueron multi-resistentes. Recibieron un tratamiento empírico inadecuado el 32% de los casos. Como infecciones concomitantes, el 38% de los pacientes presentó bacteriemia, el 36% neumonía nosocomial y el 9% infección de la herida quirúrgica. Fallecieron durante el ingreso 4 pacientes (9%). La estancia media fue $39,8 \pm 18,9$ días (rango intercuartil 25-53,5 días) No se encontraron factores asociados a la mortalidad. Los pacientes con cultivo de LCR positivo tuvieron mayores estancias medias ($45,2 \pm 19,9$ frente a $34,2 \pm 16,4$, $p = 0,05$), mayor edad media ($57,7 \pm 14,5$ frente a $45,5 \pm 14,6$, $p = 0,008$) y precisaron un drenaje ventricular con más frecuencia (69,6% frente a 31,8%, $p = 0,017$) que los de cultivo negativo. El tratamiento empírico inadecuado fue más frecuente cuando se aislaron bacterias multi-resistentes (77,8% frente a 0%, $p < 0,0001$).

Discusión: En nuestra experiencia, el diagnóstico etiológico de la meningitis postquirúrgica incluye enterobacterias, bacterias gramnegativas no fermentadoras y estafilococos, con una amplia proporción de microorganismos multi-resistentes (39,1%). El tratamiento antimicrobiano empírico

inadecuado se asoció con resistencia antimicrobiana, lo que induce a sugerir la conveniencia de plantear la identificación previa de los pacientes colonizados por dichos microorganismos a fin de optimizar el tratamiento empírico. La tasa de letalidad de nuestra serie (9%) se halla en el rango inferior de lo publicado (5-24%), y es inferior a la de las meningitis comunitarias por *Streptococcus pneumoniae* (19-37%). La principal limitación del estudio es el pequeño tamaño muestral, que impide el análisis de factores de riesgo asociados con la mortalidad.

Conclusiones: 1). En nuestro medio, la meningitis postquirúrgica suele afectar a varones en la edad media de la vida. 2) Se obtiene diagnóstico microbiológico en la mitad de los casos que es demostrativo de una proporción similar de infecciones por bacterias grampositivas y gramnegativas. 3) Al decidir el tratamiento empírico ante una meningitis posquirúrgica, se debe tener en cuenta la colonización por bacterias multi-resistentes. 4). La mortalidad es cercana al 10%.