



<https://www.revclinesp.es>

## I-053 - MENINGOENCEFALITIS. UN RETO DIAGNÓSTICO. ANÁLISIS DE 19 CASOS

L. Rodríguez Ferreira<sup>1</sup>, M. Moreno Carretero<sup>2</sup>, P. Diéguez Pena<sup>1</sup>, A. Pérez González<sup>1</sup>, B. Machado Prieto<sup>1</sup>, M. Estévez Gil<sup>1</sup>, M. Suárez Varela<sup>1</sup>, B. Vilas Pío<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurología. Complejo Hospitalario de Vigo. (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** La meningoencefalitis aguda es una emergencia médica con un alto índice de morbilidad y mortalidad. Un alto porcentaje de pacientes permanece sin diagnóstico etiológico debido al gran número de agentes causales. El objetivo principal es el estudio de las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas, de 19 casos recogidos durante 15 años en un hospital universitario.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis descriptivo, de todos los casos diagnosticados de meningoencefalitis en adultos, entre los años 2000 y 2015, en un hospital universitario.

**Resultados:** Se recogieron 19 casos. El 63,15% fueron hombres. Edad media 60,7 años. Incidencia acumulada: 3,61/100.000 habitantes y año. El 36,84% de los pacientes estaban inmunodeprimidos. Etiología desconocida: la causa más frecuente (31,57%). Clínica más frecuente: síndrome confusional (36,84%), alteración en el nivel de conciencia (31,57%) y crisis comicial (21,05%). Tanto la punción lumbar (73% casos), como el TC o RNM cerebral (73% casos) se realizaron de forma precoz. Sólo en el 47% de los casos se realizó PCR para virus o bacterias en el LCR. Otros resultados microbiológicos: Hemocultivos: *E. coli* (n = 1), Estafilococo coagulasa negativo (n = 1). Urocultivos: *E. coli* (n = 1), *Proteus mirabilis* (n = 1), Enterococo faecalis (n = 1), *Klebsiella pneumoniae* (n = 1). Fármacos más utilizados: corticoides a altas dosis (52,63%) y antibióticos de amplio espectro (52,63%). Ceftriaxona hasta en un 21,05%. Mortalidad: 10,52%. Secuelas: 52,61%, las más frecuentes fueron las alteraciones cognitivas.

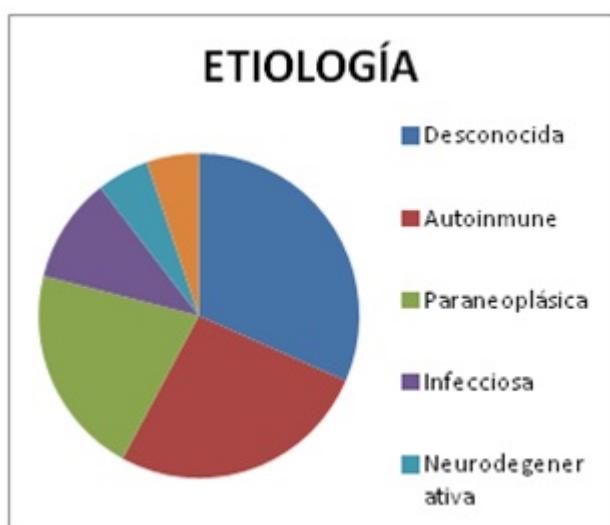


Figura 1

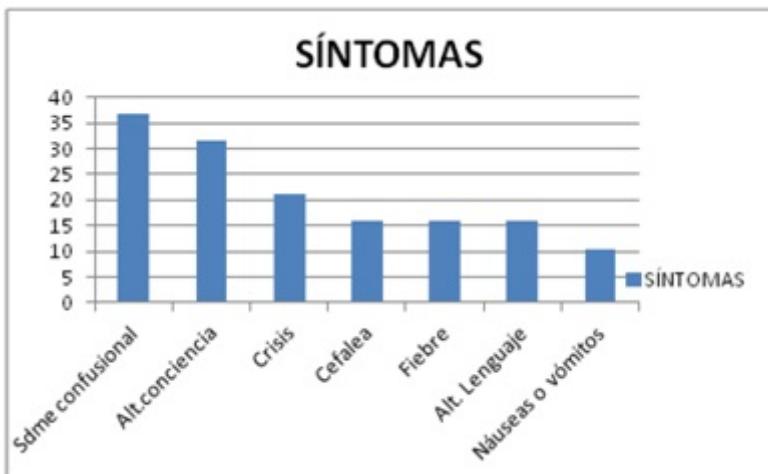
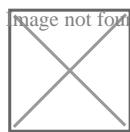


Figura 2

**Discusión:** La meningoencefalitis precisa un diagnóstico precoz, fundamental una alta sospecha clínica. Así, la realización precoz de la punción lumbar es esencial para un correcto enfoque diagnóstico. Importante la realización de PCR para estudio microbiológico en LCR antes de tratamiento antibiótico para conseguir etiología del cuadro. En nuestros casos, hasta en el 31,57% de ellos no se identificó la etiología.

**Conclusiones:** Más frecuente en varones. Edad media 60,73 años. Hasta el 36,84% de los pacientes estaban inmunodeprimidos. La etiología desconocida fue la causa más frecuente. Los síntomas más frecuentes fueron el síndrome confusional y la alteración en el nivel de conciencia. Los corticoides y antibióticos fueron los fármacos más utilizados. Alto índice de secuelas y mortalidad no despreciable.



## FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN UN ESTUDIO DE 110 CASOS DE BACTERIEMIAS POR CEPAS DE ESCHERICHIA COLI PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, R. Hernández Ros<sup>2</sup>, D. Vañó Sanchís<sup>2</sup>, C. Llopis Ruiz<sup>3</sup>, E. Sirvent Quílez<sup>4</sup>, M. Pérez Soto<sup>1</sup>, V. Navarro López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Microbiología. Hospital de Vinalopó. Elche (Alicante). <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>4</sup>Microbiología. Hospital de Torrevieja. Torrevieja (Alicante).

**Objetivos:** Detectar los factores de riesgo asociados a mayor mortalidad de las bacteriemias por cepas de *Escherichia coli* productoras de betalactamasa de espectro extendido (*E. coli* BLEE).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias por cepas de *E. coli* BLEE durante el periodo de abril de 2007 a noviembre de 2013 en los Hospitales de Vinalopó (Elche-Crevillente) y Torrevieja.

**Resultados:** Se analizaron un total de 110 bacteriemias. La mediana de edad fue de 72,3 años (RIC 67-80,25). La distribución por sexo fue 72 (65,5%) varones y 38 (34,5%) mujeres. Los paciente tenían una expectativa

de vida según escala McCabbe mayor de 5 años en 37 (33,6%) casos, menor de 5 años 53 (48,2%) y menor de 6 meses en 20 (18,2%) y la puntuación media de índice de Charlson fue de 3,51 (RIC 2-5). 18 pacientes presentaban causas de inmunosupresión, 12 (10,9%) en tratamiento quimioterápico. El lugar de adquisición de la bacteriemia fue extrahospitalaria en 64 (58,2%) casos, relacionada con la asistencia sanitaria 39 (35,5%), intrahospitalaria 7 (6,4%) casos. El origen de la bacteriemia fue urinario en 64 (58,2%), biliar 15 (13,6%), pulmonar 10 (9,1%), abdominal 7 (6,4%), cutáneo 4 (3,6%) y desconocido en 8 (7,3%) casos. La bacteriemia fue polimicrobiana en 9 (8,2%) casos. Cursaron con fiebre 92 (83,6%) bacteriemias. Se manifestaron con datos de sepsis 47 (42,5%) casos, sepsis grave 18 (16,4%) y shock séptico 17 (15,5%). 13 (11,8%) requirieron ingreso en UCI. La mortalidad fue del 22,7% (25 casos). El tratamiento antibiótico empírico empleado fue: carbapenem en 25 (22,7%) casos, quinolona en 16 (14,5%), amoxicilina-clavulánico en 14 (12,7%), cefalosporina 14 (12,7%), piperacilina-tazobactam 13 (11,8%), cefalosporina y quinolona 9 (8,2%), aminoglucósido combinado 6 (5,4%), carbapenem combinado 4 (3,6%), amoxicilina-clavulánico combinado 3 (2,7%), otros antibióticos 3%. No se empleó antibiótico en 3 casos (2,7%). Se empleó carbapenem en algún momento del tratamiento en 69 (62,7%). En nuestra serie los factores de riesgo de mortalidad fueron: empleo empírico de carbapenem p 0,002 (IC95% 1,7-11,1), la existencia de sepsis grave o shock séptico p 0,005, expectativa de vida por escala McAbbe menor de 6 meses p 0,006 y el ingreso en UCI p 0,042.

**Conclusiones:** Las bacteriemias por *E. coli* BLEE son más frecuentes en varones, de origen urinario y adquisición extrahospitalaria. La mayoría cursaron con fiebre y signos de sepsis. Los antibióticos empíricos más empleados fueron carbapenémicos, quinolonas, amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas y piperacilina-tazobactam. Se empleó carbapenem en algún momento en 69 pacientes. Los factores de riesgo de mortalidad fueron el empleo de carbapenémicos, la existencia de sepsis grave o shock séptico y la expectativa de vida menos de 6 meses.