

# Meningitis purulenta del lactante y del niño

D. Floret

*La meningitis purulenta es una enfermedad poco frecuente en el lactante pero grave, con un riesgo elevado de fallecimiento o de secuelas. Se debe esencialmente a dos gérmenes, el meningococo (causa predominante) y el neumococo (antes de 1 año), pero también, entre 1 y 3 meses, al estreptococo del grupo B y Escherichia coli. El síndrome meníngeo clásico se observa con menos frecuencia cuanto menor es el niño. En el lactante, el diagnóstico se realiza a menudo ante un síndrome infeccioso grave. La punción lumbar es indispensable para el diagnóstico, pues permite realizar estudios citológicos, químicos y microbiológicos. El estudio directo permite un diagnóstico de presunción muy rápido, confirmado por el cultivo, necesario para la realización de un antibiograma. Habitualmente, la meningitis se controla en unos días con tratamiento antibiótico. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones en las primeras 48 horas. El shock séptico y las complicaciones neurológicas son las más frecuentes. El riesgo de fallecimiento difiere según el germen entre el 6% (meningococo) y el 10-13% (neumococo y otros gérmenes). Las secuelas pueden afectar hasta al 50% de los niños (neumococo) y están dominadas por la sordera. La antibioticoterapia debe iniciarse con urgencia y utiliza cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona). La necesidad de añadir vancomicina en caso de meningitis por neumococo es controvertida. Se recomienda añadir gentamicina en caso de meningitis por Escherichia coli. La duración del tratamiento va de 4 a 7 días (meningitis por meningococo) y a 21 días (meningitis por Escherichia coli). Se recomienda la corticoterapia con dexametasona en caso de meningitis por neumococo y por Haemophilus influenzae de serotipo B. La restricción hídrica ya no se recomienda en la fase inicial. Las formas graves requieren un tratamiento en reanimación. En los demás casos, se recomienda hospitalizar al niño en una unidad de cuidados intermedios en la fase inicial de la enfermedad.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Meningitis; Meningococo; Neumococo; Antibioticoterapia; Cefalosporinas de tercera generación; Niño

## Plan

■ <b>Introducción</b>	2
■ <b>Epidemiología</b>	2
■ <b>Elementos de fisiopatología</b>	2
■ <b>Clínica</b>	2
En el niño mayor de 2 años	2
En el lactante	2
En el lactante de menos de 3 meses	2
■ <b>Pruebas de laboratorio útiles para el diagnóstico de meningitis purulenta</b>	3
Punción lumbar	3
Estudios microbiológicos a partir de otros tipos de muestras	4
Otras pruebas de laboratorio útiles	4
■ <b>Utilidad de la tomografía computarizada en la fase inicial del tratamiento</b>	4

■ <b>Elementos del diagnóstico diferencial</b>	4
Diagnóstico diferencial	5
■ <b>Evolución</b>	5
Complicaciones precoces	5
Complicaciones secundarias	5
Recidivas	5
Secuelas	6
■ <b>Modalidades de control</b>	6
Lugar de hospitalización	6
Antibioticoterapia	6
Corticoterapia	6
Hidratación	7
Tratamiento de las formas graves	7
■ <b>Conclusión</b>	7

## ■ Introducción

La meningitis bacteriana (MB), a pesar de su rareza relativa, es un tema importante de preocupación a causa de su gravedad; la letalidad, que varía entre el 5 y el 15% según la etiología, se mantiene relativamente estable a lo largo de los años. Las secuelas, a menudo subestimadas en los estudios por falta de un seguimiento a largo plazo, pueden llegar al 50%. La emergencia de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos utilizados habitualmente para tratar esta enfermedad representa otra fuente de inquietud.

Los significativos avances en materia de meningitis se deben a la profilaxis, gracias a la utilización de vacunas conjugadas dirigidas contra los principales gérmenes responsables y activas desde los primeros meses de la vida: *Haemophilus influenzae*, neumococo y meningococo del serogrupo C, pero también A, Y y W135. La próxima disponibilidad de una vacuna contra el meningococo B suscita nuevas esperanzas.

La meningitis del recién nacido (del nacimiento a los 28 días de vida) se excluye de este cuadro.

## ■ Epidemiología

En Francia, la MB se controla a través de varias redes: la red EPIBAC reúne los laboratorios de microbiología de los hospitales universitarios y no universitarios. Los centros nacionales de referencia (CNR) para los diversos gérmenes (meningococo, neumococo y *Haemophilus*) participan también en este control, en relación con el Institut de Veille Sanitaire, que además recoge los datos procedentes de las declaraciones obligatorias referentes al meningococo, *Listeria* y tuberculosis. El Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique de la Société Française de Pédiatrie puso en marcha en 2001 un observatorio de las meningitis bacterianas del niño que reúne 252 servicios de pediatría y 168 servicios de microbiología distribuidos en todo el territorio nacional, cuya exhaustividad se estima en un 61%<sup>[1]</sup>. Por ejemplo, entre 2001 y 2009, se registraron 3.769 casos de MB<sup>[2]</sup>. El número de casos anuales registrados va de 359 a 452.

El meningococo representa la etiología más frecuente, con un 44,1% de los casos. De ellos, el 61,3% pertenece al serogrupo B, el 27% al serogrupo C y el 11,7% restante se reparte entre los serogrupos W135 e Y.

El neumococo representa la segunda etiología, con un 29,1% de los casos. Su número no varió entre 2001 y 2009, pero la prevalencia de los serotipos se ha modificado profundamente con la vacunación. Los serotipos vacunales (contenidos en la vacuna Prevenar de siete valencias) que representaban el 63,9% de las meningitis en 2001 casi han desaparecido (4,8% en 2009). En paralelo, los serotipos no vacunales han aumentado de un 36,1 a un 95,2%, en especial los serotipos 19A y 7F. En 2009, la nueva vacuna Prevenar 13 (con las siete valencias de Prevenar más seis serotipos adicionales, 1, 3, 5, 6A, 7F y 19A) cubría el 59,2% de los neumococos responsables de meningitis en el niño de menos de 2 años y el 44,1% de las de los niños mayores de 2 años. Se observó una evolución similar en Estados Unidos, donde, sin embargo, el impacto de la vacunación fue mucho más marcado en materia de casos evitados, en especial en las poblaciones no vacunadas, debido a la inmunidad de grupo<sup>[3]</sup>.

El estreptococo del grupo B, con un 14,3%, representa la tercera causa, seguido de *Escherichia coli* (5,8%). Cabe observar que *H. influenzae* de serotipo B, no hace mucho la primera causa de meningitis en niños menores de 4 años, se ha convertido en una etiología marginal (2,7% de los casos) y más del 50% de las meningitis por *H. influenzae* tiene actualmente relación con serotipos no B, no cubiertos por la vacuna.

*Listeria* (0,7% de los casos) también se ha convertido en una causa excepcional de meningitis. Cabe señalar que la meningitis tuberculosa, aunque muy rara (0,3% de las meningitis), no ha desaparecido (10 casos registrados entre 2001 y 2009).

La edad influye mucho en la etiología de la meningitis<sup>[1]</sup>. Globalmente, los lactantes son los más afectados, puesto que el 47%

de las meningitis del observatorio afecta a niños de 1-24 meses. La franja de edad de 1-2 meses es notable por la frecuencia de meningitis (6% de los casos) y la diversidad de causas: aunque dominan las «meningitis neonatales tardías» (estreptococo del grupo B 50%, *E. coli* 15%), los gérmenes «del niño» también están bien representados (meningococo 14%, neumococo 12%). Más allá de los 2 meses, dos gérmenes representan casi todas las causas: el neumococo y el meningococo. Antes de la edad de 1 año, predomina el neumococo (45% frente a 40%). Las proporciones se invierten después de 1 año, y en los niños mayores de 5 años, el meningococo representa el 70% de las causas.

## ■ Elementos de fisiopatología

Un punto importante es que la meningitis no es una enfermedad contagiosa.

La colonización de las mucosas de la nasofaringe<sup>[4]</sup> representa el punto de partida habitual de la infección a partir de los gérmenes más frecuentes (meningococo y neumococo), que poseen pili que les permiten implantarse en la mucosa. La penetración en la mucosa se ve favorecida por una infección vírica y permite el paso de las bacterias a la sangre, su posterior fijación a los plexos coroideos y la invasión de las meninges.

Tras esta fase infecciosa, la penetración de las bacterias en las meninges activa una cascada inflamatoria que afecta a los vasos cerebrales, lo cual tiene como consecuencia la aparición de un edema cerebral y lesiones isquémicas, que son las dos causas principales de las complicaciones neurológicas de la MB<sup>[5]</sup>. Este proceso continúa más allá de la destrucción microbiana e incluso puede desencadenarse o mantenerse por fragmentos bacterianos (Fig. 1).

## ■ Clínica

Clásicamente, el diagnóstico de meningitis se basa en la tríada de fiebre, rigidez de nuca y alteración de la conciencia. En realidad, incluso en el adulto, en el cual la sintomatología es más clara, la sensibilidad de esta tríada es sólo del 45%<sup>[6]</sup>. Los signos de Kernig y Brudzinsky y la rigidez de nuca tienen una sensibilidad mala.

### En el niño mayor de 2 años

El diagnóstico de meningitis es altamente probable en caso de asociación de fiebre, rigidez de nuca y, o bien cefalea, o bien trastornos de la conciencia o en caso de asociación de fiebre y púrpura. Sin embargo, debe tenerse presente este diagnóstico en caso de asociación de fiebre y cefalea.

### En el lactante

Los signos dominantes son los de una infección grave<sup>[7]</sup>: fiebre elevada, modificación del tono de la piel, extremidades frías, dolor en las piernas, exantema inespecífico, trastornos de la reactividad (pérdida de la sonrisa, etc.).

### En el lactante de menos de 3 meses

Las indicaciones de evaluación en medio hospitalario deben ser amplias ante un síndrome infeccioso mal tolerado; se impone la punción lumbar (PL) ante<sup>[6]</sup>:

- trastornos del comportamiento: grito lastimero, irritabilidad, niño quejumbroso, inconsolable, hiporreactivo, con dolor o hiperestésico;
- taquicardia con presión arterial normal, tiempo de recoloración cutánea superior a 3 segundos, cianosis;
- anomalía neurológica: fontanela abombada, hipotonía de la nuca, hipotonía global, convulsiones. La rigidez de nuca suele estar ausente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465355>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465355>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)