

Sepsis por meningococo

M.^a Carmen García Torrejón¹, Arturo Campos Palacios¹, Miguel A. García de La Llana²,
Miguel A. Pérez Oviedo³

Med Mil (Esp) 2000; 56 (1): 12-13

RESUMEN

Las infecciones meningocócicas se caracterizan por un comienzo brusco, un posible curso fulminante y una mortalidad elevada. Presentamos un caso de Sepsis por Meningococo tipo C, que evolucionó desfavorablemente a pesar de una correcta cobertura anti-biótica inicial.

PALABRAS CLAVE: Infección Meningocócica. Comienzo brusco. Fulminante. Mortalidad elevada.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones meningocócicas se caracterizan por su comienzo brusco, posible curso fulminante, mortalidad elevada y peligro de extensión epidémica. Constituyen por tanto, una urgencia médica, requiriendo la máxima habilidad diagnóstica y terapéutica (1-5). Presentamos un caso de sepsis por *Neisseria Meningitidis* tipo C, que evolucionó desfavorablemente, a pesar de un tratamiento antibiótico empírico inicial, correcto.

CASO CLÍNICO

Varón de 21 años, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresa en UCI, por colapso vasomotor y estado de shock, en el curso de una meningitis tipo C de una semana de evolución y en tratamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación desde su inicio (Cefotaxima 300 mg/kg/día i.v.), y que se continuó, una vez confirmada la sensibilidad del germen.

La evolución del cuadro fue tórpida e insidiosa, pues además del shock séptico, desarrolló en unas 24 horas, fracaso multiorgánico, coagulación intravascular diseminada (CID), y más tarde una vasculitis necrotizante (gangrena) de partes acras de extremidades (figuras 1 y 2), a pesar de la antibioterapia de amplio espectro frente a *Neisseria Meningitidis* tipo C.

Como secuelas del proceso quedaron, una afectación neurológica con estado vegetativo persistente e insuficiencia renal dependiente de diálisis; así como amputación supracondílea de ambos miembros inferiores (figura 3), y de las falanges medias y distales de las manos, todo ello como consecuencia de las lesiones vasculares distales ya mencionadas.

Más tarde el enfermo falleció, por un cuadro de hemorragia cerebral masiva acompañada de síndrome de hipertensión intracraneal.

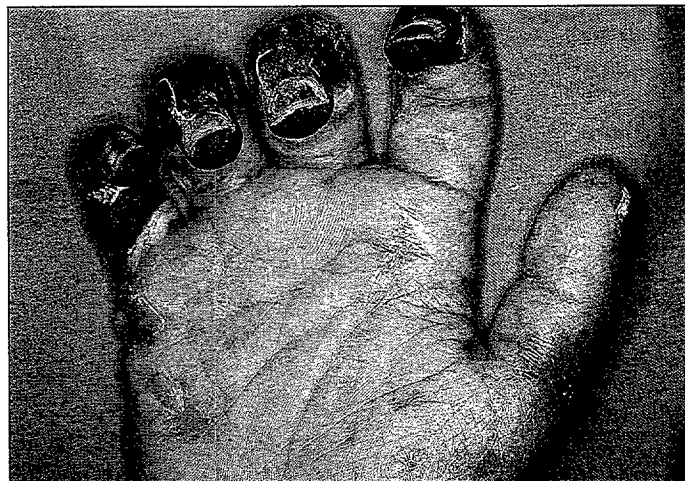


Figura 1. Vasculitis necrotizante de mano derecha.



Figura 2. Vasculitis necrotizante de los miembros inferiores.



Figura 3. Amputación supracondílea de extremidad inferior.

¹ Capitán Médico. Alumno de Medicina Intensiva.

² Comandante Médico. Especialista en Medicina Intensiva. H. M. Gómez Ulla.

³ Teniente Coronel Médico. Especialista en Medicina Intensiva. Jefe de Servicio Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Gómez Ulla.

Dirección para la correspondencia: M.^a del Carmen García Torrejón. UCI. Hospital Militar Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 22 de diciembre de 1999.

Aceptado: 20 de junio de 2000.

DISCUSIÓN

La meningitis meningocócica es principalmente una enfermedad de los niños y los adultos jóvenes, pues menos del 10% de los casos ocurren en pacientes mayores de 45 años (1). Puede ser rápidamente progresiva y con relativa frecuencia es una enfermedad fulminante, siendo esta última la forma de presentación más grave, con una mortalidad muy alta, pudiendo alcanzar un 50% (2, 3). Por tanto la sospecha temprana, la realización de una punción lumbar y el tratamiento rápido son críticos. Así, la presencia de petequias en un paciente con síndrome meníngeo indica meningococemia, dado que cerca de la mitad de los pacientes con meningitis meningocócica presentan petequias, lesiones purpúricas o ambas, y en los casos graves puede aparecer una extensa erupción purpúrico-petequial, que sugiere una enfermedad fulminante (2, 4, 5).

En la sepsis meningocócica la lesión anatomopatológica fundamental es una vasculitis con infiltración y necrosis de las paredes vasculares (vasculitis necrotizante), que se acompaña de endotelitis y trombosis, originando isquemias localizadas y hemorragias en distintos órganos y sistemas de la economía. Esta lesión endotelial, junto con la liberación de toxinas meningocócicas, desencadenan un proceso de coagulación intravascular diseminada con consumo de factores de coagulación y

hemorragias cutáneas y vasculares, responsables de las manifestaciones clínicas de la meningococemia fulminante.

Por tanto, el desarrollo de una sepsis meningocócica, puede acarrear graves secuelas, como consecuencia de las lesiones anatomopatológicas que se producen a nivel del endotelio vascular, así como por la liberación de endotoxinas por parte del germen, responsables ambas del síndrome de disfunción multiorgánica, de ahí la importancia del tratamiento antimicrobiano precoz, acompañado de los esfuerzos por controlar la acidosis, la hipoxia tisular, el shock, la insuficiencia suprarrenal y la CID si aparecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salzman MB, Rubin LG. Meningococemia. *Infect Dis Clin N Am* 1996; 10: 709.
2. Jafari HS, McCracken Gh: Sepsis and septic shock: A review for clinicians. *Pediatric Infect Dis J* 1992; 11:739.
3. Apicella MA: Neisseria meningitidis. In Mandell GI, Douglas RG, Bennett Je (eds): Principles and Practice of Infections Diseases, ed 4. New ork, churchill Livingstone, 1995; 1896-1897.
4. Looder MC, Schildkamp RI, Bijlmer Ha, Danker J, Kuik DJ, Scholten RJ. Prognostic indicators of outcome of meningococcal disease: a study of 562 patients. *J Med Microbiol* 1996; 45: 16.
5. Parras Vázquez F. Infecciones del SNC. En Medicine; Bouza E, Muñoz P. Eds. Idepsa, 1995; 59-60.