

Patricia Sanz-Rojas¹
Luis Cabeza-Osorio¹
Cecilia Hermosa²
Regino Serrano-Heranz¹

Meningitis aguda por *Streptococcus agalactiae* en un varón inmunocompetente

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Henares. Coslada (Madrid).

²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario del Henares. Coslada (Madrid).

Sr. Editor: la infección por *Streptococcus agalactiae* o estreptococo beta hemolítico del grupo B (EBHGB), es una enfermedad emergente entre la población adulta no gestante. Aparece, con mayor frecuencia entre personas con una enfermedad subyacente y comorbilidad manifiesta como la diabetes mellitus, situaciones de inmunodepresión (neoplasias o inmunodeficiencias, incluida la infección por VIH), la insuficiencia renal crónica o la enfermedad hepática crónica; también se ha descrito después de algunos procedimientos neuro-quirúrgicos o tras un traumatismo craneoencefálico¹.

El espectro clínico de la infección por EBHGB incluye la afectación de la piel y los tejidos blandos, el tracto genito-urinario o respiratorio, incluida la neumonía, el sistema nervioso central, el endocardio y la bacteriemia primaria¹.

La meningitis aguda por *S. agalactiae* supone un porcentaje reducido dentro de las infecciones por EBHGB²⁻⁵. Dado lo poco habitual de esta forma de presentación nos parece interesante presentar el siguiente caso clínico.

Se trata de un varón de 56 años, trabajador de un aeropuerto, y con antecedentes personales de tabaquismo e hipercolesterolemia en tratamiento dietético, que ingresa por un cuadro de 12 horas de evolución consistente en fiebre elevada, cefalea intensa, vómitos incoercibles y alteración conductual. En la semana previa al ingreso refería haber tenido un cuadro respiratorio de vías altas consistente en odinofagia, tos improductiva y rinorrea, sin fiebre, que cedió con tratamiento sintomático.

En la exploración física a su llegada a Urgencias se encontraba con fiebre de 38,5°C, hipotenso (PA 90/56), estuporoso y escasamente reactivo, con rigidez de nuca y signos meníngeos positivos; la fuerza y movilidad de las extremidades estaba conservada. La auscultación cardiopulmonar no mostró datos de interés salvo taquicardia a 110 lat/min. La palpación abdominal fue normal, y en la inspección general no había lesiones cutáneas valorables.

En las pruebas complementarias realizadas destacaron: leucocitosis 20.600/mm³ (neutrófilos, 96%), hemoglobina 11,6 g/dl, plaquetas 74.000/mm³, creatinina sérica 1,5 mg/dl y lactato plasmático 2 mmol/l. La radiografía simple de tórax y una TC craneal no mostraron alteraciones valorables. Se realizó una punción lumbar que dio salida a un líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio, a presión elevada, y con el siguiente estudio analítico: Leucocitos 3.200/mm³ (polimorfonucleares, 95%), glucosa 21 mg/dl, ADA 1 (U/L), lactato 10 mmol/l. En la tinción de Gram del LCR se observaron abundantes diplococos en cadena grampositivo. Se remitieron, para cultivo, muestras de LCR y sangre (x2).

Con el diagnóstico de sepsis grave secundaria a meningitis bacteriana aguda se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona más vancomicina, y se trasladó al Servicio de Medicina Intensiva (SMI) donde precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica, junto con soporte inotrópico, al disminuir notablemente su nivel de conciencia. Una vez en el SMI recibimos la notificación del aislamiento de *Streptococcus agalactiae* sensible a penicilina (CMI = 0,03 mg/L) y vancomicina (CMI < 3 mg/L) en la muestra de LCR y en los hemocultivos (x2). Se completó el estudio con una ecografía de abdomen completo y una ecografía cardiaca que resultaron ser normales.

Con posterioridad pasó a planta de hospitalización convencional para completar 2 semanas de tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Como secuela neurológica inicial destaca la aparición de fotofobia y diplopia por parálisis de VI par craneal izquierdo (TC craneal normal), que se resolvieron de forma progresiva en las semanas siguientes.

En los últimos años estamos asistiendo a un aumento en el número de infecciones por EBHGB entre la población adulta no gestante. EBHGB es un colonizador habitual del tracto genitourinario, gastrointestinal y respiratorio.

La incidencia de infección invasiva por EBHGB (meningitis, endocarditis, bacteriemia) oscila entre 4-7 casos por 100.000 habitantes/año pero puede ser más elevada entre los mayores de 65 años, pacientes hospitalizados y en aquellos con enfermedades debilitantes asociadas, sobre todo diabetes mellitus. Este aumento del número de caso de enfermedad invasiva por EBHGB entre la población adulta se ha querido relacionar con el uso amplio de

Correspondencia:
Regino Serrano Heranz.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Henares.
Avda. de Marie Curie s/n
28822-Coslada. Madrid.
Fax: 911912284
E-mail: regino.serrano@salud.madrid.org

antibióticos para tratar las infecciones del tracto respiratorio superior, la mayor frecuencia de procedimientos neuro-quirúrgicos y la realización de técnicas invasivas como en los abscesos cerebrales y endocarditis, entre otros muchos procesos.

Los factores de mal pronóstico, relacionados con enfermedad invasiva por EBHGB incluyen la existencia de bacteriemia, la hipotensión arterial, la trombopenia, la edad avanzada y la existencia de infecciones graves como meningitis^{1,5,6}.

En amplias series revisadas, se señala que aproximadamente el 4% de todas las enfermedades invasivas producidas por EBHGB se localizan en el sistema nervioso central. La meningitis aguda por EBHGB supone el 1-4% de todas las causas de meningitis bacteriana aguda en el adulto². Predomina entre los varones de edad media y entre enfermos crónicos, suele ser de adquisición en la comunidad (aunque están aumentando los casos de origen nosocomial) y desde el punto de vista de presentación clínica es indistinguible del resto de las meningitis agudas. La bacteriemia esta asociada a la meningitis en un 80% de los casos^{2,5}, y la diseminación ocurre, generalmente, desde un foco a distancia (endometrio, endocardio, vías respiratorias)². La mortalidad asociada a este microorganismo es de un 25-35%, pero puede elevarse hasta el 55% en personas mayores de 65 años o con comorbilidad y aún mayor sin hay complicaciones neurológicas y/o extraneurológicas².

El diagnóstico de certeza consiste en el aislamiento de EBHGB en sangre y LCR, como sucedió en el presente caso clínico, pero el LCR puede ser estéril en un 25% de los casos. La penicilina y las cefalosporinas de tercera generación son los antimicrobianos de elección a la hora del tratamiento, debiendo reservar los glucopéptidos, las fluorquinolonas (levofloxacino, moxifloxacino) y el linezolid para las personas alérgicas a los betalactámicos⁷. En presencia de un inoculo elevado o una CMI alta frente a penicilinas se puede considerar, por su efecto sinérgico, añadir un aminoglucósido durante los primeros días. La duración del tratamiento es variable pero, en el caso de la meningitis aguda, se recomienda mantener la antibioterapia entre 14 y 21 días.

Como conclusión final, señalar que la enfermedad invasiva por *S. agalactiae* está emergiendo entre la población adulta inmunocompetente¹, sin comorbilidad asociada, por lo que deberíamos considerarla en el diagnóstico diferencial de pacientes con bacteriemia sin foco aparente o en la meningitis aguda^{6,8,9}.

BIBLIOGRAFIA

1. Chaiwarith R, Jullaket W, Bunchoo M, Nuntachit N, Sirisanthana T, Supparatpinyo K. *Streptococcus agalactiae* in adults at Chiang Mai University Hospital: a retrospective study. BMC Infect Dis 2011; 11:149. 1.
2. Domingo P, Barquet N, Álvarez M, Coll P, Nava J, Garau J. Group B streptococcal meningitis in adults: report of twelve cases and review. Clin Infect Dis 1997; 25:1180-7.
3. Cabellos C, Viladrich PF, Corredoira J, Verdaguer R, Ariza J, Guadiol F. Streptococcal meningitis in adult patients: current epidemiology and clinical spectrum. Clin Infect Dis 1999; 28:1104-8.
4. Deziel PJ, McGuire N, Brown P. Group B streptococcal meningitis complicating elective abortion: report of 2 cases. Clin Infect Dis 2000; 31:23-5.
5. Jordano Q, Falcó V, Almirante B, Gasser I, Pigrau C, Pahissa A. Meningitis estreptocócicas no neumónicas: características clínicas y microbiológicas de 13 casos. Med Clin (Barc) 2003 ;120:739-41.
6. Blázquez JL, Martínón G, Pérez-Martin A. Meningitis por *Streptococcus agalactiae* en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39:206-8.
7. Barberán J, Mensa J, Fariñas C, Llinares P, Olaechea P, Palomar M, et al. Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en pacientes alérgicos a antibióticos betalactámicos. Rev Esp Quimioter 2008; 21:60-82.
8. Martín Díaz RM, Ruiz-Giardín JM, Gonzalo Pascua S, Cánora Lebrato J. Meningitis por *S. agalactiae* en una mujer inmunocompetente no gestante. Rev Clin Esp 2010; 210:591-2.
9. Reguera A, González MA, Sánchez A, Aguayo C. Meningitis por *Streptococcus agalactiae* en un varón inmunocompetente. Enferm Infecc Microbiol Clin 2011; 29:707-8.