

Meningitis bacteriana aguda hoy

GONZALO BOHORQUEZ

En este artículo se hacen algunos comentarios sobre la meningitis bacteriana aguda, motivados por la publicación de dos trabajos al respecto en la presente entrega de IATREIA. Están centrados en los aspectos etiológico, diagnóstico, terapéutico y preventivo.

La meningitis bacteriana aguda ocupa uno de los diez primeros lugares en lo que a mortalidad se refiere en la población infantil de Antioquia. A nivel nacional el fenómeno es similar. Hoy, como hace 20 años, es un tema de actualidad y seguirá siéndolo por los estragos que causa en las personas afectadas; ello pese a que los esfuerzos hechos para cambiar su impacto en la comunidad han mejorado la situación en muchos aspectos incluso en nuestro medio, aún con las limitaciones que impone la condición de país pobre. Aunque los adultos también son susceptibles a la meningitis la mayor responsabilidad recae en quienes atienden a la población infantil; sin embargo, nadie que se dedique al cuidado de la salud está exento de participar en alguna forma en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y orientación de quienes la padecen y de sus familiares.

A continuación se revisan algunos aspectos importantes de lo que ha ocurrido en nuestro medio en los últimos 20 años en el campo de las meningitis.

Etiología

Desde el punto de vista etiológico los reportes locales mostraban la presencia del *Haemophilus in-*

fluenzae, el *Streptococcus pneumoniae* y los bacilos gram negativos entéricos, en su orden, como principales causantes de meningitis bacteriana aguda. Algunas diferencias con los países desarrollados se han mantenido constantes a través del tiempo; por ejemplo, la mayor frecuencia en ellos de la meningitis meningocócica, segunda en importancia en todas las edades después de la debida a *Haemophilus influenzae* y el hallazgo de casos debidos a estreptococos beta hemolíticos del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) en los recién nacidos; sin embargo, ya hay que tener en cuenta algunas variaciones demostradas en los estudios locales: el *Haemophilus influenzae* tipo b, al contrario de lo que ocurría anteriormente, ha sido demostrado en niños menores de un mes; también en el período neonatal aparece ya entre nosotros tímidamente el *Streptococcus agalactiae* y parecen estar ganando en importancia algunos bacilos gram negativos diferentes de la *Escherichia coli*.

En 1986 se estableció claramente la presencia de *Haemophilus influenzae* productor de beta lactamasa en una proporción de 11.5% de las cepas aisladas de casos de meningitis en pacientes atendidos en el Hospital Infantil de Medellín. Para ese entonces la *Neisseria meningitidis* constituía el 4% de los

DR. GONZALO BOHORQUEZ, Profesor, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

gérmenes responsables de esta entidad; a no dudar lo era el comienzo de la situación que se está presentando en la actualidad y que ha sido catalogada por algunos expertos como un verdadero brote epidémico de meningitis meningocócica. Es concebible que la *Neisseria meningitidis* se esté aproximando en frecuencia al *Streptococcus pneumoniae* que ha ocupado por mucho tiempo entre nosotros el segundo lugar como agente causal de meningitis bacteriana; en cuanto al *Staphylococcus aureus*, independientemente de las meningitis post-quirúrgicas o asociadas a traumas, está siendo hallado con mayor frecuencia que en épocas anteriores aunque sigue ocupando lugares secundarios y en general haciendo parte de cuadros septicémicos.

Diagnóstico

Otro tópico interesante en el campo de la meningitis es el del diagnóstico etiológico que es clave para el manejo acertado de la enfermedad. Actualmente se cuenta con técnicas como la contrainmunolectroforesis y la prueba de aglutinación de partículas de látex que, unidas a los métodos tradicionales, aumentan las posibilidades de acertar; en efecto, tienen la ventaja de que su sensibilidad se altera menos con la antibioterapia previa que es un antecedente en el 30% de nuestros pacientes. También cabe mencionar la disponibilidad de la tomografía axial computarizada de gran utilidad, aunque costosa, sobre todo para detectar complicaciones. Pero el elemento que debe destacarse porque hoy como ayer constituye el fundamento del diagnóstico precoz y del mejor pronóstico de la meningitis bacteriana es, sin duda, la habilidad del clínico; lo sensibilizado que esté para pensar en esta entidad partiendo de hallazgos muy sutiles que lo lleven a la práctica de la punción lumbar, prefiriendo punciones en blanco a meningitis no diagnosticadas.

Tratamiento

En este aspecto son de destacar los avances de las últimas décadas en el manejo de la meningitis bacteriana aguda con antibióticos y los problemas que plantea al clínico la aparición de cepas resistentes; afortunadamente la disponibilidad de nuevos agentes antimicrobianos permite afrontar estos problemas pero con la circunstancia, desfavorable en nuestro medio, de su alto costo; por ello se precisa mantener una vigilancia constante sobre la sensibili-

dad de los gérmenes que circulan en el medio. A este respecto es encomiable el avance en muchas instituciones a través de los respectivos comités de infecciones.

Es ilustrativo de la necesidad de modificar periódicamente los esquemas de antibioterapia lo sucedido al dejar de ser útil la ampicilina contra los bacilos gram negativos entéricos y perder terreno frente al *Haemophilus influenzae*. Se ha optado entonces por la amicacina contra los primeros y el cloranfenicol contra el segundo o se recurre a una cefalosporina de tercera generación como la cefotaxima que cubre ambas posibilidades. En contraste, sigue siendo útil la penicilina G para el manejo de las infecciones por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

En los últimos tiempos el mejor conocimiento de la meningitis ha permitido detectar y tratar adecuadamente ciertas complicaciones ahorrando al paciente sufrimientos innecesarios y disminuyendo la mortalidad; tal es el caso de la secreción inadecuada de hormona antidiurética cuyos efectos se previenen hoy con un buen manejo de los líquidos.

Prevención

Finalmente, el tópico de la prevención afortunadamente mejor entendido en la medicina moderna; es de esperar que los esfuerzos hechos para manejar mejor la enfermedad diarreica y la infección respiratoria, repercutan favorablemente en la disminución de la incidencia de meningitis. En el caso de la meningitis meningocócica se practica la observación cuidadosa de los contactos familiares y en escuelas y guarderías; quienes han estado expuestos a las secreciones del enfermo deben recibir profilaxis con rifampicina por dos días. La vacunación es otra ayuda preventiva ya que los casos secundarios de meningitis meningocócica pueden surgir varias semanas después del caso índice. Esta vacuna, sin embargo, no se recomienda rutinariamente sino en niños de alto riesgo mayores de dos años, como los que tienen algún tipo de asplenia o déficit de los componentes del complemento y para controlar brotes de la enfermedad causados por serogrupos incluidos en la vacuna.

Para las infecciones por *Haemophilus influenzae* también se recomienda en la actualidad la profilaxis con rifampicina administrada durante cuatro días a los contactos intrafamiliares incluyendo a los adultos que convivan con menores de 4 años; el caso indi-

ce, como en las infecciones por *Neisseria meningitidis*, también debe recibir la quimioprofilaxis. En las guarderías y hogares infantiles aún hay controversia sobre el uso de la profilaxis y se prefiere individualizar los casos. Hoy se sabe de segundos episodios de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en algunos de los pacientes que han recibido la quimioprofilaxis, una o más semanas después de la última dosis. El personal encargado de tales instituciones y los padres de familia deben ser instruidos acerca de la importancia de una evaluación médica precoz de los episodios febriles de los contactos; por lo tanto corresponde a los médicos estar atentos a orientar adecuadamente a sus pacientes y familiares.

Con respecto al *Haemophilus influenzae* cabe también mencionar como elemento nuevo la dispo-

nibilidad de vacunas que estarían indicadas para todos los niños entre 24 meses y 5 años, especialmente si asisten a guarderías y para los mayores de 5 años de grupos susceptibles como los asplénicos. A pesar de lo reciente de la vacuna, licenciada en los Estados Unidos sólo en 1985, ya se están probando modificaciones que amplían sus posibilidades; en efecto: las originales sólo son efectivas en niños mayores de 18 meses mientras las más recientes empiezan a ser útiles desde los tres meses de edad. Entre nosotros su uso aún no se ha generalizado.

Los anteriores son a grandes rasgos algunos de los cambios que se han presentado en los últimos 20 años en nuestro medio en el campo de las meningitis bacterianas agudas y algunas de las perspectivas futuras en el manejo de esta enfermedad.