

# Meningitis y artritis por *Haemophilus influenzae* en un adulto

GLORIA VASQUEZ  
JAVIER MOLINA

Tradicionalmente el *Haemophilus influenzae* ha sido considerado un germen causante de infecciones en niños; en adultos se lo ha relacionado con infecciones respiratorias, pero en los últimos tiempos se han descrito en ellos infecciones severas cuando hay algunos factores predisponentes.

Se describe un paciente drogadicto de 30 años con cuadro de meningitis y artritis y prueba de látex y cultivo de LCR positivos para *Haemophilus influenzae*, quien recibió tratamiento con ampicilina, 2 gramos intravenosos cada 4 horas y evolucionó a la mejoría sin secuelas.

Se plantea la necesidad de tener en cuenta al *Haemophilus influenzae* como patógeno del adulto y más en aquellas personas con factores predisponentes.

**PALABRAS CLAVES**  
**HAEMOPHILUS INFLUENZAE**  
**MENINGITIS**  
**ARTRITIS**  
**OPORTUNISMO**

## INTRODUCCION

Tradicionalmente el *Haemophilus influenzae* (HI) ha sido responsable de infecciones en niños (1,2); recientemente, sin embargo, ha surgido como causante de enfermedad en adultos con algunas características que los hacen más susceptibles (4); en consecuencia puede ocurrir enfermedad debida a HI en pacientes con anemia de células falciformes, enfermedad de Hodgkin, esplenectomía, agamaglobulinemia o alcoholismo; también en poblaciones urbanas con hacinamiento y malas condiciones higiénicas (1,3,4).

En adultos el HI se encuentra comúnmente asociado con sinusitis, traqueobronquitis y neumonía, pero últimamente se ha encontrado que puede producir una variedad de infecciones extrarrespiratorias severas (2,3); en el presente informe se describe un paciente adulto con infección sistémica por HI, cuyos factores predisponentes pudieron haber sido sus malas condiciones higiénicas y la drogadicción.

DRA. GLORIA VASQUEZ, Residente de Medicina Interna. Dr. JAVIER MOLINA, Profesor, Departamento de Medicina Interna, Sección de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 30 años de sexo masculino, natural y residente en Medellín, soltero, voceador del transporte interurbano, consumidor de alcohol y de "basuco"; consultó por malestar general, febrícula y tos con expectoración de dos semanas de evolución, asociados a dolor abdominal y vómito; los cuatro días previos a la consulta había presentado fiebre, cefalea severa y dolores osteomusculares generalizados; por este cuadro fue admitido al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Al examen físico se encontró un individuo en buenas condiciones; presión arterial 110/80; pulso 92/min.; fondo de ojo normal; no había signos de infección ótica; la dentadura estaba en pésimas condiciones; había múltiples adenopatías en el cuello; el aparato cardiopulmonar era normal; el abdomen sin visceromegalias y las extremidades normales.

Inicialmente se manejó su problema con sonda nasogástrica, líquidos parenterales y analgésicos; veinticuatro horas después presentó trastornos de la conciencia y se tornó estuporoso y con signos meníngeos por lo cual se practicó punción lumbar y se obtuvo un LCR con las siguientes características: amarillo, turbio; glucosa 27 mg/dl; proteínas 252 mg/dl; leucocitos 11.050/mm.c.; neutrófilos 98%; linfocitos 2%; el gram reveló diplococos gram positivos.

Se inició manejo con penicilina cristalina pero 24 horas más tarde, al obtener el resultado del látex del LCR que clasificó el germen como HI, se decidió cambiar el antibiótico por ampicilina intravenosa a la dosis de 2 gramos cada 4 horas; después de 36 horas de tratamiento el paciente recuperó la conciencia, pero se encontró derrame articular en la rodilla derecha y el tobillo izquierdo; también lesiones papulares dolorosas con eritema perilesional en la región tibial y la fosa poplítea derechas.

Se practicó artrocentesis de rodilla y se obtuvo un líquido amarillo turbio con coágulo de mucina pobre; mala viscosidad; leucocitos 52.400/mm.c.; neutrófilos 90%; linfocitos 10%.

El paciente permaneció febril por tres días más y mejoró luego con desaparición de la fiebre, los signos meníngeos y los derrames articulares; fue dado de alta después de 10 días de tratamiento con ampicilina venosa y posteriormente amoxicilina oral.

Los resultados de otras pruebas de laboratorio fueron los siguientes: glicemia: 122 mg/dl; BUN 22

mg/dl; creatinina 1.3 mg/dl; transaminasa GO 28 UI; transaminasa GP 20 UI; bilirrubina total 0.7 mg/dl; bilirrubina directa 0.2 mg/dl; fosfatasas alcalinas 218 UI; VDRL No Reactivo; Na 142 Meq/lt; K 4.3 Meq/lt; Ca 3.8 Meq/lt; Cl 104 Meq/lt; hemoglobina 15.4 gm/dl; hematocrito 47.8%; leucocitos 22.500/mm.c.; neutrófilos 89%; linfocitos 11%; eritrosedimentación 72 mm/hora; plaquetas 130.000/mm.c. Citoquímico de orina: densidad 1.015; pH 6.0; proteínas 30 mgs.%; eritrocitos 10 AP; gamaglobulinas 1,2 gms./dl; IgM 70 mgs./dl; IgE 2.200 UI/ml; HIV negativo; hemocultivos negativos; cultivo de líquido articular negativo; cultivo de LCR positivo para HI.

## DISCUSION

Este paciente es ilustrativo de un adulto con infección severa por HI con compromiso meníngeo y articular y cuyas características de susceptibilidad podrían ser las malas condiciones higiénicas y la drogadicción.

Se sabe que el HI produce comúnmente infecciones orofaríngeas asintomáticas; ocasionalmente son sintomáticas y se diseminan a sitios contiguos como senos paranasales, oído medio, bronquios, pulmón o pericardio (1,7); después de la invasión local se presenta diseminación hematógena hasta en el 80% de los casos, principalmente a meninges y a articulaciones (2,4,6).

Las cepas no encapsuladas del HI sólo producen invasión luminal, mientras que la enfermedad sistémica siempre es debida a cepas encapsuladas principalmente del tipo b (1,10,14).

Según lo descrito por Fothergill y Wright en 1933 los recién nacidos poseen anticuerpos protectores contra infecciones por HI, recibidos pasivamente de la madre; tales anticuerpos parecen existir también en los adultos como consecuencia de exposiciones repetidas (6,14); sin embargo, hoy se sabe que el patrón de anticuerpos ha variado debido posiblemente al uso temprano y frecuente de antibióticos en la infancia (2,6); asociado a este fenómeno y a otros factores que aumentan la susceptibilidad, cada vez son más frecuentes las infecciones del adulto por HI.

La meningitis del adulto por HI puede iniciarse en forma insidiosa o abrupta, a menudo precedida por síntomas del tracto respiratorio superior (7,13,14); el LCR muestra aumento de proteínas, disminución de glucosa y pleocitosis neutrofilica; la tinción de gram

con frecuencia es interpretada erróneamente como diplococos gram positivos que sugieren neumococo o diplococos gram negativos compatibles con meningococo; estos mismos errores se dan en el estudio del líquido articular de pacientes con artritis (6,7,14); la asociación de meningitis y artritis ha sido descrita previamente (6,14); el compromiso es monoarticular en el 48% de los casos y poliarticular en el 24%; en los restantes (28%) hay asociación de tenosinovitis y artritis; las articulaciones más frecuentemente comprometidas son rodillas, hombro, cadera, tobillo, codo y metacarpofalángicas (7,12,14); en los casos de meningitis la mortalidad es el 10% y las secuelas son raras; la resolución de la artritis ocurre en el 88% de los casos (2,13).

En relación con el tratamiento antibiótico, se han utilizado el cloranfenicol o la ampicilina en dosis altas; su efectividad es controvertida: para algunos autores estas drogas son igualmente efectivas pero otros describen más recaídas y persistencia del cuadro febril en los pacientes tratados con ampicilina (6,8,9,14).

Es importante por lo tanto tener presentes estas infecciones que cada vez parecen ser más frecuentes, particularmente en pacientes con factores predisponentes como los mencionados.

---

## SUMMARY

*Haemophilus influenzae* has traditionally been considered as an infectious agent that predominantly affects children; instead, in adults it has been linked either to respiratory infections or to severe infections occurring when predisposing factors are present. We describe a 30 year-old drug addict patient that presented with meningitis and arthritis; both latex test and cerebrospinal fluid culture were positive for *Haemophilus influenzae*. He was treated with ampicillin 2 gm, i. v. every four hours and improved without sequelae. This microorganism must be considered among those affecting

adult patients specially when predisposing factors for infection are present.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. FEIGIN RD, MURPHY FM. *Haemophilus* infections. In: BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, PETERSDORF RG, WILSON JD, MARTIN JB, FAUCI AS, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 11 ed. New York: MacGraw Hill Book 1986: 601-607.
2. BORENSTEIN DG, SIMON GL. *Haemophilus influenzae* septic arthritis in adults. *Medicine* 1986; 65: 191-201.
3. GANTZ NM, GLECKMAN RA, BROWN RB, ESPOSITO AL. *Haemophilus influenzae* as an adult pathogen. In: *Manual of Clinical Problems in Infectious Diseases*. 2th ed. Boston; Little, Brown 1986: 37-42.
4. NORDEN CW. *Haemophilus influenzae* infections in adults. *Med Clin North Am* 1978; 62: 1037-1046.
5. NORDEN CW. Prevalence of bactericidal antibodies to *Haemophilus influenzae* type b. *J Infect Dis* 1974; 130: 489-494.
6. EYKYN SJ, RODERIC DT, PHILLIPS I. *Haemophilus influenzae* meningitis in adults. *Brit Med J* 1974; 2: 463-465.
7. HIRSCHMANN JV, EVERETT ED. *Haemophilus influenzae* infections in adults: report of nine cases and review of the literature. *Medicine* 1979; 58: 80-94.
8. HOAGLAND FT, LORD GP. *Haemophilus influenzae* septic arthritis in adults. Two cases report with review of previous cases. *Arch Intern Med* 1967; 119: 648-652.
9. MAC MAHON P, SILLS J, HALL E. *Haemophilus influenzae* type b resistant to both chloramphenicol and ampicillin in Britain. *Brit Med J* 1982; 284: 1229.
10. THORNSBERRY C, McDOUGAL LK. Ampicillin resistant *Haemophilus influenzae*. Incidence, mechanism and detection. *Postgrad Med* 1982; 71: 133-144.
11. MOXON ER. *Haemophilus influenzae*. In: MANDRELL GL, DOUGLAS RG, BENNETT JE, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 2th ed; New York: Wiley Medical Publications, 1985; 1274-1278.
12. PEARLBERG J, HAGGAR AM, SARAVOLATZ L, BEUTE GH, POPOVICH J. *Haemophilus influenzae* pneumonia in the adult. *Radiology* 1984; 151: 23-26.
13. JORDAN JM, HSU VW, ALLEN NB. Pyomyositis and polyarticular septic arthritis from *Haemophilus influenzae* in nonimmunocompromised adult. *J Rheumatol* 1987; 14: 1190-1192.
14. GEORGE HG, GADBOW JJ, GLICKSTEIN SL. *Haemophilus influenzae* septic arthritis in adults. *Semin Arthritis Rheum* 1983; 12: 314-321.