



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Reporte de Caso

Meningitis aguda bacteriana por *Streptococcus agalactiae* en un varón con otitis de repetición

Acute bacterial meningitis caused by *Streptococcus agalactiae* in a man with recurrent otitis

Alba Herrera^{1b}, Lourdes Mateu^{2b}, Regina Roig^{3b}, Beatriz Catalán^{3b}, Fernando Arméstar^{4a}

¹ Médico residente de la especialidad de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España. ² Médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. España. ³ Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. España. ⁴ Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. España. ^a Doctor en Medicina ^b Médico Cirujano

Correspondencia. Dr. Fernando Arméstar Rodríguez

Cel: +626075982.

Correo:
farmestarrrodriguez@gmail.com

Recibido: 24/08/19

Aceptado: 05/10/19

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una meningitis aguda causada por *Streptococcus agalactiae*, microorganismo que es un habitual colonizador del tractogenitourinario y raramente está implicado en casos de meningitis.

Palabra clave: meningitis

SUMMARY

We present the case of a patient who developed acute meningitis caused by *Streptococcus agalactiae*, a microorganism that is a common colonizer of the tractogenitourinary tract and is rarely involved in cases of meningitis

Keyword: meningitis

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus agalactiae* (SA) es un colonizador del tracto genitourinario y causa de septicemia puerperal y de meningitis aguda neonatal. Sin embargo, existen pocos casos reportados de meningitis aguda (MA) en la población adulta no gestante. Se presenta el caso de un paciente con MA por SA y otitis media concomitante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 43 años, fumador de tabaco y hachís, con antecedentes de otitis medias de repetición. Consultó por cefalea, vómitos y malestar general de rápida instauración. La semana previa al ingreso refería otalgia izquierda que no cedió con analgésicos. A la exploración física destacaba afectación del estado general, fiebre de 38'2°C, obnubilación y rigidez nuchal; no se evidenciaron déficits motores ni sensitivos y la otoscopia bilateral fue estrictamente normal. La exploración por aparatos fue anodina.

Ante la sospecha de MA se realizó una TC craneal (figura 1) que descartó lesiones estructurales, mostrando únicamente ocupación del oído medio y de las celdillas mastoideas izquierdas junto con discontinuidad ósea de la cortical posterior interna del hueso temporal. La punción lumbar dio salida a un líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio, cuyo análisis citobioquímico fue: leucocitos 100/mL; 76% de polimorfonucleares; glucosa < 5 mg/dL; proteínas 4'9 g/L; lactato 9'39 mmol/L. Se inició antibioterapia empírica con cefotaxima, vancomicina y ampicilina. Los hemocultivos se extrajeron después de haber administrado el tratamiento antibiótico. El paciente fue trasladado al Servicio de Medicina Intensiva, donde evolucionó favorablemente sin necesidad de soporte vasoactivo, manteniéndose afebril y con recuperación neurológica "ad íntegram" en las siguientes 24 horas.



Figura 1. Tomografía computada de alta resolución de ambos peñascos temporales. Se aprecia solución de continuidad (flecha roja) de la cortical posterior interna del hueso temporal izquierdo.

En el estudio microbiológico del LCR se aisló SA sensible a penicilina (CMI < 0'03), por lo que se cambió el tratamiento a penicilina G sódica. Se cursó estudio de inmunodeficiencias que mostró déficit de IgA, hallazgo congruente con los antecedentes de otitis medias de repetición. La evolución clínica posterior fue favorable, siendo dado de alta a Medicina Interna hasta completar el tratamiento antibiótico. Paralelamente fue valorado por Otorrinolaringología que aconsejó realizar tratamiento quirúrgico diferido.

DISCUSIÓN

El SA es un colonizador del aparato genitourinario femenino y la piel. Se aísla con frecuencia en la sepsis posparto y en la MA neonatal¹. En la población adulta no gestante la infección invasiva por SA no es inusual, con una incidencia que oscila entre 4-7 casos por 100.000 habitantes-año. No obstante, la MA por SA es muy rara y supone entre 0'3-4'3% de todas las causas de meningitis bacteriana en la población adulta^{2,3}. Exceptuando el puerperio, los pacientes con meningitis suelen poseer patologías subyacentes (entre el 65-98%, según la serie), principalmente la diabetes mellitus (DM), la inmunodepresión, la insuficiencia renal crónica, la cirrosis, el cáncer y la presencia de antecedentes neuroquirúrgicos o fistulas de LCR. Su asociación con la patología otorrinolaringológica es anecdótica y sólo se han reportado dos casos en la literatura^{3,5}. La mortalidad atribuida a este patógeno es de un 25-35%, pudiéndose elevar hasta el 55% en personas mayores de 65 años o con comorbilidades previas¹.

La clínica de la MA por SA es superponible a la del resto de meningitis piógenas; no obstante, el 80% cursan con hemocultivos positivos y habitualmente son secundarias a la diseminación de un foco a distancia (endometrio, vías respiratorias o endocardio)¹. Las fistulas de LCR o la pérdida de integridad de la bóveda craneal tras un

procedimiento neurointervencionista permiten la diseminación contigua¹. El diagnóstico de certeza consiste en el aislamiento de SA en los cultivos de LCR. En el caso expuesto, se presupone como origen de la infección el foco otógeno, a pesar de no disponer de muestras microbiológicas del exudado de las celdas mastoideas. La inmunodeficiencia por déficit de IgA podría actuar como factor predisponente para padecer otitis medias de repetición. El tratamiento antibiótico de elección es la ampicilina o la penicilina G sódica intravenosa durante 14-21 días, pudiéndose asociar un ciclo corto de aminoglicósidos⁴.

Como conclusión, la meningitis por SA es una causa infrecuente de MA bacteriana en la población adulta; sin embargo, el aumento de incidencia reportado en las últimas décadas obliga a incluirlo en el diagnóstico diferencial. Es prioritario descartar comorbilidades, principalmente la DM o las inmunodeficiencias. El foco infeccioso suele ser a distancia; no obstante, en caso de ser contiguo se debe valorar la necesidad de neurointervencionismo con el objetivo de prevenir posibles recurrencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oyanguren B, Esteban L, Guillán M, de Felipe A, Alonso Cánovas A, Navas E, et al. Afectación del sistema nervioso central en la infección invasiva por *Streptococcus agalactiae* en adultos. *Neurología* 2015;30:158-62.
2. Oordt-speets AM, Boliijn R, Hoorn RC Van, Bhavsar A, Kyaw H. Global etiology of bacterial meningitis : A systematic review and meta-analysis 2018:1-16.
3. Polkowska A, Toropainen M, Ollgren J, Lyytikäinen O, Nuorti JP. Bacterial meningitis in Finland, 1995-2014: A population-based observational study. *BMJ Open* 2017;7:8-10.
4. Domingo P, Barquet N, Alvarez 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.
5. Wilder-Smith E, Chow KM, Kay R, Ip M, Tee N. Group B streptococcal meningitis in adults: recent increase in Southeast Asia. *Aust N Z J Med* 2000;30:462-5.

Citar como: Herraiz A, Mateu L, Roig R, Catalán B, Arméstar F. Meningitis aguda bacteriana por *Streptococcus agalactiae* en un varón con otitis de repetición. *Rev méd Trujillo* 2019;14(4):214-16