

M<sup>a</sup> A. López Vélchez, W. Youssef Fasheh

*An Esp Pediatr* 1999;51:191-193.

### Meningococemia crónica: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

#### Introducción

La meningococemia crónica (MC), es una forma de presentación de la infección por *Neisseria meningitidis* poco frecuente, tanto en niños, como en adultos, aunque son estos últimos los más afectados. El cuadro clínico fue descrito por primera vez por Solomon en 1902 (citado por Benoit) y, desde entonces, menos de 200 casos se han dado a conocer en la literatura médica<sup>(1)</sup>. A continuación describimos un caso de meningococemia crónica atendido en nuestro hospital.

#### Observación clínica

Se trata de un lactante de sexo masculino, de 9 meses y 24 días de vida, que acude al servicio de urgencias por presentar síndrome febril de 7 días de evolución, máximo 39°C, acompañado de un exantema que había aparecido al segundo día del inicio de la fiebre; por dicho proceso el paciente no había recibido tratamiento antibiótico. A la exploración física se objetivan unas lesiones maculopapulosas diseminadas, de 2-10 mm de diámetro, algunas con un punto central más oscuro (Fig. 1), sin petequias, de predominio en extremidades, que afectan también a las plantas de los pies (Fig. 2). Se practica una analítica sanguínea en la que destaca: leucocitos  $10 \times 10^3$  (fórmula normal), PCR 41,6 mg/L, serie roja y plaquetas normales. Así mismo, se toman muestras para hemocultivo y serologías a CMV, VEB, Rickettsia, y Mycoplasma. Pese al buen estado general se decide su ingreso, sin medicación, para su control clínico. A las 48 horas crece *N. meningitidis* en el hemocultivo por lo que se inicia tratamiento con cefotaxima endovenosa a dosis de 200 mg/kg/día, que se mantiene durante 8 días. Las serologías practicadas fueron negativas y el hemocultivo mostró *N. meningitidis* del serogrupo B. Así mismo, se practica biopsia de una de las lesiones con resultado histológico de vasculitis leucocitoclástica. La evolución clínica fue favorable, remitiendo la fiebre a las 24 horas del inicio del tratamiento y con desaparición progresiva de las lesiones cutáneas. Fue dado de alta a los 10 días del ingreso.



**Figura 1.** Detalle de lesiones maculares, una de ellas centrada por un elemento más oscuro.

#### Discusión

Para poder diagnosticar un cuadro clínico de meningococemia crónica ha de cumplir los criterios que fueron descritos por Solomon en 1902: fiebre de más de una semana de evolución, exantema, hemocultivo positivo a *N. meningitidis*, y afectación articular. Más adelante, en 1924 Dock (citado por Benoit) establece la definición de MC: "Sólo esos casos de septicemia meningocócica en los que hay un período febril de, al menos, una semana de evolución y cuyo curso clínico cambia de forma brusca si acontece meningitis".

Unitat Integrada de Pediatria Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona (Prof. R. Jiménez). Servicio de Pediatria. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

*Correspondencia:* Dra. M<sup>a</sup> Ángeles López Vélchez. Unitat Integrada de Pediatria Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona).

*Recibido:* Diciembre 1998

*Aceptado:* Marzo 1999



**Figura 2.** Lesiones de distintas formas y tamaños, de predominio en extremidades inferiores, afectando a las plantas de los pies.

La revisión más larga sobre el tema data de 1963, fue hecha por Benoit<sup>(2)</sup> y en ella se incluían 148 casos. A medida que han ido pasando los años la incidencia de la MC ha ido disminuyendo. Se han barajado diversas hipótesis al respecto, entre las que destacan el uso extendido de antibióticos para tratar síndromes febriles no catalogados y la efectividad de las vacunas<sup>(3-5)</sup>.

Afecta principalmente a adultos de hecho, sólo se han descrito un 10% de casos en pacientes por debajo de los 18 años<sup>(1,6,7)</sup>, siendo el caso más joven de 3 meses de edad<sup>(2)</sup>.

Las manifestaciones clínicas básicas de esta entidad están descritas en la revisión de Benoit. La fiebre, que está presente en todos los pacientes, puede ser continua (38%) o intermitente (62%). El exantema aparece en un 93,2%, siendo en la mayoría de los casos, maculopapuloso. Otro signo que se observa, en un 70%, son las artralgiás, migratorias en su mayoría. Así mismo, Benoit describe, en un 39% de los casos, complicaciones (localización de la meningococemia), siendo las más destacadas meningitis, carditis, nefritis y epididimitis.

El diagnóstico diferencial se ha de establecer con todas las patologías que cursan con fiebre, exantema y artralgiás. Entre ellas están: eritema multiforme, rickettsiosis, vasculitis por hipersensibilidad, púrpura de Schönlein-Henoch, edema hemorrágico agudo del lactante, y la gonococemia, entre otras.

Es característico encontrar, a nivel del estudio histopatológico, lesiones de vasculitis leucocitoclástica sin afectación de la pared vascular, aunque se han descrito también algunas lesiones trombóticas<sup>(1-3,8,9)</sup>. En la mayoría de los casos el cultivo de las biopsias ha sido negativo.

Para el diagnóstico, es condición *sine qua non*, obtener un hemocultivo positivo para *N. meningitidis*. El serogrupo aislado con más frecuencia es el B.

En los pacientes pediátricos es frecuente que el primer hemocultivo sea ya positivo, aunque en una publicación reciente se presentan dos casos con hemocultivo positivo al séptimo y decimotercer días, respectivamente<sup>(10)</sup>. En los adultos, sin embargo, la media de positividad está alrededor de las 5,5 semanas<sup>(2,7)</sup>.

La patogénesis de la MC es difícil de establecer. Muchas hipótesis se han barajado al respecto. En algunos casos se ha encontrado disfunción a nivel del sistema del complemento<sup>(11-13)</sup>, déficit de IgA<sup>(14)</sup> o IgM<sup>(15)</sup>. Sin embargo, hay estudios que han demostrado la existencia de inmunocomplejos, tanto a nivel de las lesiones cutáneas, como en las articulaciones<sup>(1,3,6,8,16)</sup>, orientando más a la MC como un estado de hipersensibilidad que un estado infeccioso, al estilo de la enfermedad del suero.

En cuanto al tratamiento, cuya duración oscila entre 10-14 días, hay unanimidad: se ha de administrar antibiótico en cuanto se sepa el resultado del hemocultivo. En un principio, se abogaba por la penicilina, pero en las publicaciones más recientes, se habla de cefalosporinas de tercera generación<sup>(1,3,6,7,10)</sup>.

La evolución clínica de esta enfermedad es, por lo general, benigna y con tendencia a la curación total tras el tratamiento antibiótico. Pese a que es una enfermedad poco frecuente, creemos necesario hacer hincapié en la importancia de tenerla presente ante cualquier paciente que presente un cuadro de fiebre prolongada, exantema y artralgiás, por la potencial evolución a formas más graves, que se pueden evitar si se realiza un diagnóstico temprano y, en consecuencia, un tratamiento antibiótico adecuado.

## Bibliografía

- 1 Ploysangam T, Sheth A. Chronic meningococemia in childhood: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 1996; **13**:483-487.
- 2 Benoit FL. Chronic meningococemia-case report and review of the literature. *Am J Med* 1963; **35**:103-112.
- 3 Jennens ID, O'Reilly M, Yung AP. Chronic meningococemia disease. *Med J Aus* 1990; **153**:556-559.
- 4 Jackson LA, Schuchat A, Reeves MW. Serogrup C meningococcal outbreaks in the united States. *JAMA* 1995; **273**:383-394.
- 5 Harrison LH. The worldwide prevention of meningococcal infection. *JAMA* 1995; **273**:419-421.

- 6 Leibel R, Fangman J, Ostrovsky M. Chronic meningococemia in childhood. *Am J Dis* 1974; **127**:94-98.
- 7 Pena J, Méndez-Bustelo M, Del-Río E. Chronic meningococemia in an immunocompetent girl. *Int J Dermatol* 1994; **33**:501-502.
- 8 García-Patos V, Barnadas MA, Domingo P, Esquius J. Vasculitis cutánea en el curso de una bacteriemia por meningococo del serogrupo B. *Rev Clin Esp* 1992; **190**:311-313.
- 9 Angoff G, Czarnetzky B, Wolinsky E. A case of chronic meningococemia with unusual features. *Am J Med Sci* 1975; **269**:243-246.
- 10 Grouteau E, Chaminade S, Karsenty C, Chaix Y, Prère MF, Carrière JP. Méningococcémie chronique: trois cas chez l'enfant immunocompétent. *Arch Pédiatr* 1998; **5**:1232-1235.
- 11 Clough JD, Clough ML, Weinstein A. familial late complement component (C6,C7) deficiency with chronic meningococemia. *Arch Int Med* 1980; **140**:929-933.
- 12 Fasano MB, Sullivan K, Igsen L, Winkelstein JA. Chronic meningococemia in a child with a deficiency of the sixth component of complement. *Pediatr Allergy Immunol* 1993; **4**:214-216.
- 13 Adams EM, Hustead S, Rubin P, Wagner R, Gewurz A, Graziano M. Absence of the seventh component of complement in a patient with chronic meningococemia presenting as vasculitis. *Ann intern Med* 1983; **99**:35-38.
- 14 Farron f, Cheseaux JJ, Pelet B. Méningococcémie chronique et déficit en IgA chez un adolescent. *Arch Pédiatr* 1996; **3**:149-151.
- 15 Fass RJ, Saslaw S. Chronic meningococemia. Possible pathogenic role of IgM deficiency. *Arch Intern Med* 1972; **130**:943.
- 16 Greenwood BM, Wittle HC, Bryceson ADM. Allergic complications