

M. Bastida Eizaguirre, M.J. Arto Urzanqui,
R. Iturbe Ortiz de Urbina

An Esp Pediatr 1998;49:209.

Sr. Director:

En recientes artículos publicados de Anales Españoles de Pediatría⁽¹⁻²⁾ se viene manteniendo el criterio de considerar las cefalosporinas de tercera generación como drogas de elección en el tratamiento de las meningitis bacterianas causadas por *Neisseria meningitidis*, en base a resistencias a la penicilina demostradas, tanto en nuestro país, como en países del resto del mundo.

Al parecer estas cepas relativamente resistentes a penicilina detectadas ofrecen una alteración de la penicilina-unión a proteínas, siendo excepcionales las cepas productoras de beta-lactamasas, por lo que en la práctica la penicilina sigue siendo efectiva, excepto cuando se utilizan dosis bajas⁽³⁾.

Por este motivo algunos autores mantienen en revisiones recientes que en el presente la penicilina, a dosis de 300.000 U por kg de peso/día, durante 7 días, sigue siendo la droga de elección en los casos de meningitis bacteriana con presencia de cocos

Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

Correspondencia: Manuel Bastida Eizaguirre. Hospital Santiago Apóstol. Olaguibel, 29. 01004 Vitoria-Gasteiz.

Tratamiento de elección en las meningitis por *Neisseria meningitidis*

gramnegativos en líquido cefalorraquídeo, o crecimiento de *Neisseria meningitidis* en el cultivo, reservando ceftriaxona o cefotaxima para los casos en que no hubiera una adecuada respuesta, lo que haría además necesario un estudio formal de estas cepas para confirmar su presunta resistencia a la penicilina (CIM mayor o igual a 0,1 µg por ml)⁽⁴⁾.

Bibliografía

- 1 Casado Flores J, García Teresa MA, Cambra F, Pilar Orive JL, Teja A, Rodríguez Núñez A, Quiroga E, Calvo C, Ruiz Extremera MA, Pérez Navarro J, Melendo J, Soult JA. Estudio prospectivo multicéntrico de la meningitis bacteriana grave pediátrica. *An Esp Pediatr* 1997; **47**:466-472.
- 2 Quiles Dura JL, Rico Urios C, Climent Forner E, Fuente Campos E, Royo García G, Vargas Torcal C. *Neisseria meningitidis* con moderada sensibilidad frente a penicilina y ampicilina. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:325-327.
- 3 Oppenheim BA. Antibiotic resistance in *Neisseria meningitidis*. *Clin Infect Dis* 1997; **24**:S98-101.
- 4 Quagliariello VJ, Scheld WM. Treatment of bacterial meningitis. *N Engl J Med* 1997; **336**:708-716.

J. Casado Flores

An Esp Pediatr 1998;49:209-210.

Sr. Director:

Estamos de acuerdo con los Dres. M. Bastida, M.J. Arto y R. Iturbe⁽¹⁾ en que, en la mayoría de los casos, la penicilina continúa siendo el antibiótico de elección de las infecciones por *N. meningitidis*.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital del «Niño Jesús». Madrid.

Correspondencia: J. Casado Flores. UCIP. Hospital «Niño Jesús».

Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

Tratamiento de la meningitis meningocócica

En el estudio que estos autores refieren⁽²⁾, nosotros sugerimos que «cuando se aíslan *N. meningitidis* en hemocultivo o LCR, el tratamiento puede realizarse con penicilina; sin embargo, debido a que en nuestro medio, y en otros, comienzan a aparecer cepas moderadamente resistentes a la penicilina⁽³⁻⁵⁾, actualmente puede aconsejarse cefalosporinas de tercera generación».

Efectivamente, en España, la prevalencia de cepas *N. me-*

ningitidis moderadamente resistentes a la penicilina ascendió en 1994 al 21,9%⁽⁶⁾. En estos casos la penicilina a dosis de 250.000 U/kg/día puede no alcanzar niveles curativos en LCR, que deben ser de, al menos, 10 veces la CIM del microorganismo⁽⁷⁾. Estas dosis de penicilina podrían ser eficaces para el tratamiento de la sepsis, pero no de la meningitis meningocócica. Nosotros hemos descrito, recientemente, el fracaso terapéutico de una sepsis sin meningitis (*N. meningitidis* serogrupo C; CIM = 0,25 µg/ml) que tratada con penicilina (300.000 U/kg/día), desarrolló tardíamente, al cuarto día, curada ya la sepsis, infección meníngea por el mismo germen⁽⁸⁾.

Por ello estamos en desacuerdo con los Dres. M. Bastida, J.M. Arto y R. Iturbe, en que la indicación de cefotaxima o ceftriaxona es sólo cuando aparecen cepas altamente resistentes (CIM ≥ 1 µg/ml). Nosotros pensamos que el tratamiento con estas cefalosporinas, o bien con dosis muy elevadas de penicilina, está indicado en las meningitis meningocócicas producidas por cepas moderadamente resistentes a la penicilina (CIM 0,25-0,5 µg/ml) y cuando la respuesta clínica es inadecuada, debiendo considerarse su uso en aquellas zonas con prevalencia de cepas de *N. meningitidis* moderadamente resistentes a la penicilina.

Bibliografía

- 1 Bastida M, Arto MJ, Iturbe R. Tratamiento de elección de las meningitis por *Neisseria meningitidis*. *An Esp Pediatr* 1998; **48**: ?
- 2 Casado Flores J, García Teresa MA, Cambra F, Pilar Orive J, Teja JL, Rodríguez Núñez A, Quiroga A, Calvo C, Ruiz Extremera M.A., Pérez Navero J, Melendo J, Soult JA. Estudio prospectivo multicéntrico de la meningitis bacteriana grave pediátrica. *An Esp Pediatr* 1997; **47**:466-472.
- 3 Sáenz-Nieto JA, Campos J. Penicillin-resistant strains of *Neisseria meningitidis* in Spain. *Lancet* 1988; **1**:1452-1453.
- 4 Sanfiliu Sala I, Juncosa Moros T, Latorre Otin C, Corcoy Grabalosa F, Durán Bellido M. *Neisseria meningitidis* con baja sensibilidad a penicilina. *An Esp Pediatr* 1988; **19**:113-116.
- 5 Buck GE, Adams M. Meningococcus with reduced susceptibility to penicillin isolated in the United States. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **13**:156-157.
- 6 Vázquez JA. Infección meningocócica. Informe del Laboratorio de Referencia de *Meningococcus* (1993-1994). *Boletín Epidemiológico Semanal* 1995; **3**:65-68.
- 7 Täuber MG, Sande MA. Principles in the treatment of bacterial meningitis. *Am J Med* 1984; **76**:224-230.
- 8 Casado Flores J, Osona B, Domingo P, Barquet N. Meningococcal meningitis during penicillin therapy for meningococemia. *Clin Infect Dis* 1997; **25**:1479.

J.L. Quiles Durá

An Esp Pediatr 1998;49:210.

Sr. Director:

La enfermedad sistémica por meningococo presenta una mortalidad que oscila entre el 10 y 15% en el caso de la meningitis, aumentando hasta el 20% cuando se produce septicemia con escasa respuesta multiorgánica. La necesidad de iniciar de forma rápida una antibioterapia empírica y efectiva parece fundamental, especialmente si consideramos que la confirmación etiológica la obtenemos a las 24 horas y el antibiograma a las 48 horas. Dada la diferente sensibilidad antibióti-

Tratamiento de elección en las meningitis por *Neisseria meningitidis*

ca de cada zona, nos parece poco prudente reservar antibióticos para aquellos casos en que no hubiera una respuesta adecuada. Estamos de acuerdo en que con altas dosis de PNG se consiguen CMI seguras en resistencias mediadas por alteraciones en las PBP, pero no cuando existe producción de betalactamasas.

La situación en nuestro medio con un 50% de los aislamientos de *Neisseria meningitidis* resistentes a PNG a nivel mundial no es, obviamente, la referida en otros países; por ello, en estos casos seguimos considerando a la cefotaxima como antibiótico de elección hasta disponer del antibiograma correspondiente.

Serv. de Pediatría, Hospital Universitario de Elche
Correspondencia: Ptda. Huertos y Molinos, s/n. 03202 Elche (Alicante).