

M.P. Falero Gallego, A. Arroyos Plana,
L. Santillana Ferrer, R. Cazorla Calleja,
J. Cobas Pazos, A. Ureta Huertos

An Esp Pediatr 1999; 50:639-640.

Sr. Director:

La sepsis y/o meningitis producida por *Neisseria meningitidis* es muy poco frecuente en el periodo neonatal⁽¹⁾; así, en 1988, Chugh y col.⁽²⁾ recopilaron 35 casos publicados hasta entonces. *Neisseria meningitidis* ha sido encontrada en el tracto genital materno, y se considera que ésta es probablemente la fuente de infección para la mayoría de los recién nacidos, ocurriendo la transmisión en el momento del parto^(3,4). Se han descrito ambas formas de presentación clínica, precoz y tardía⁽³⁻⁵⁾. La presencia de exantema petequeal similar al de la meningococemia de niños mayores ha sido referida, aunque en escasas ocasiones⁽⁵⁾.

En los casos publicados, el serogrupo aislado mayoritariamente es el B. Sin embargo, se ha comunicado algún caso de sepsis neonatal precoz causada por meningococo del serogrupo C. Alguno de ellos se ha asociado a colonización cérvico-vaginal materna; en otros, la clínica apareció tras el diagnóstico previo de conjuntivitis por el mencionado germen, sugiriendo que en estos casos ésta podría ser la puerta de entrada^(6,7). Presentamos un caso de sepsis neonatal tardía con meningitis causada por *Neisseria meningitidis* del serogrupo C.

Observación clínica

Recién nacido varón de 25 días de vida que ingresó en nuestra Unidad Neonatal en noviembre del 97 por febrícula, tos y rinitis de 24 horas de evolución. Ambiente catarral familiar. Antecedentes familiares: Sin interés. Antecedentes personales: Embarazo de 40 semanas, sin incidencias; parto normal. Apgar 9/10. No riesgo infeccioso. Peso al nacimiento: 3.765 g. Ingresado en nuestra Unidad el primer día de vida por ictericia, que cedió con fototerapia. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

A la exploración física presentaba: Peso 4.315 g. Tª 37,5°C. Aceptable estado general. Normocoloración mucocutánea. Bien nutrido e hidratado. No exantemas ni petequias. Discreta irritabilidad. Fontanela normotensa. Resto de exploración normal.

Exámenes complementarios realizados al ingreso: Hemograma: 10.500 leucocitos (23S, 13C, 53L, 8M). Hb 15,9 g/dl. Plaquetas 199.000/mm³. PCR: 8 mg/l. Rx de tórax: normal.

A las 6 horas del ingreso presentaba mal estado general, con deficiente perfusión periférica, irritabilidad marcada, fiebre

Sepsis neonatal tardía con meningitis por meningococo del serogrupo C



Figura 1. Exantema generalizado petequeal, con numerosas equimosis y sufusiones hemorrágicas.

(38,5°C), hepatoesplenomegalia y exantema generalizado que en pocas horas se hizo petequeal, con numerosas equimosis y sufusiones hemorrágicas (Fig. 1). Se repitió la analítica y se realizó punción lumbar. Hemograma: 6.600 leucocitos (7S, 23C, 10L, 10M), granulación tóxica y vacuolas en neutrófilos. Hb 13,4 g/dl. Plaquetas 98.000/mm³. Coagulación: Quick 65%, TTPA 54(26), Fibrinógeno 350 mg/dl, PDF 20 mg/dl. Gasometría: pH 7,47; pO₂ 96; pCO₂ 22; HCO₃ 15,8; SBE -7,1. LCR: glucosa: 55 mg/dl, proteínas: 57 mg/dl, 29 leucocitos/mm³, 180 hematíes/mm³. Antígenos capsulares: positivos para *Neisseria meningitidis* serogrupo C. En hemocultivo y cultivo del LCR se aisló *Neisseria meningitidis* serogrupo C. PCR al 5º día: 31 mg/l. Ecografía trasfontanelar: normal. Frotis faríngeo de padres y hermanos: negativo.

Tras la sospecha diagnóstica de sepsis con meningitis se inició tratamiento en UCIN con ampicilina, cefotaxima, dopamina y fenobarbital intravenosos. Presentó picos febriles, irritabilidad e hipertonia hasta el 4º día de iniciar el tratamiento, con evolución posterior satisfactoria. El cultivo de LCR se negativizó a las 24 horas y el hemocultivo 48 horas después. Se suspendió la ampicilina al 4º día, tras conocer el antibiograma, y se mantuvo tratamiento con cefotaxima durante 14 días, con resolución clínica y analítica. Al alta presentaba aún lesiones cutáneas con necrosis hemorrágica en vías de cicatrización, más marcadas en miembros. Se realizó profilaxis con rifampicina a padres y hermanos.

Al paciente se le realizó posteriormente estudio inmunitario, incluyendo complemento, que fue normal. Los potenciales auditivos evocados, realizados al 3º mes, fueron normales. Al

Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital "Virgen de la Salud". Toledo.

Correspondencia: Mª Piedad Falero Gallego. C/ Cerrillo, 36. 45810 Villanueva de Alcardete. Toledo.

año de edad, el paciente presenta un desarrollo psicomotor rigurosamente normal.

Queremos destacar la escasa incidencia de *Neisseria meningitidis* como microorganismo causante de sepsis y/o meningitis en el periodo neonatal, así como la presencia en nuestro caso de manifestaciones clínicas (exantema purpúrico, evolución fulminante) típicas de niños con más edad. En cuanto a la fuente de infección, aunque han sido comunicadas la transmisión vertical y la asociación a conjuntivitis, en nuestro caso, la edad y el ambiente familiar sugieren una transmisión ambiental, al igual que Benlloch⁽⁸⁾.

El hecho de que el patógeno causante del caso clínico presentado sea el meningococo del serogrupo C, podría explicarse por el aumento en las tasas de incidencia del mismo en varios países desde 1990, entre ellos España, superando incluso en alguno de ellos al meningococo del serogrupo B^(9,10); de hecho, este paciente debutó en pleno brote epidémico de meningococo C en nuestro país.

Bibliografía

- 1 Klein JO, Marcy SM. Bacterial sepsis and meningitis. En: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 3ª edición. Filadelfia: WB Saunders; 1990: 608-609.
- 2 Chugh K, Bhalla CK, Joshi KK. Meningococcal brain abscess and meningitis in a neonate. *Pediatr Infect Dis J* 1988; **7**:136-137.
- 3 Sunderland WA, Harris HH, Spence CA, Lawson HW. Meningococemia in a newborn infant whose mother had meningococcal vaginitis. *J Pediatr* 1972; **81**:856.
- 4 Jones RN, Slepach J, Eades A. Fatal neonatal meningococcal meningitis. Association with maternal cervical-vaginal colonization. *JAMA* 1976; **236**:2652-2653.
- 5 Manginello FP, Pascalle JA, Wolfsdorf J, et al. Neonatal meningococcal meningitis and meningococemia. *Am J Dis Child* 1979; **133**:651.
- 6 Holmberg L, Moestrup T. Meningitis following conjunctivitis. *J Pediatr* 1974; **94**:339.
- 7 Ellis M, Weindling AM, Davidson DC, Ho N, Damjanovic V. Neonatal meningococcal conjunctivitis associated with meningococcal meningitis. *Arch Dis Child* 1992; **67**:1219-1220.
- 8 Benlloch MJ, Llobat T, Santos L, et al. Meningitis meningocócica en el periodo neonatal. *An Esp Pediatr* 1995; **42**:215-216.
- 9 Ringuette L, Lorangue M, Ryan A, Ashton F. Meningococcal infections in the province of Québec, Canada during the period 1991 to 1992. *J Clin Microbiol* 1995; **33**:53-57.
- 10 Martínez M, García FJ, Martínez MI, Martínez A. Meningitis bacterianas. Estudio clínico-epidemiológico. Revisión de 8 años (1988-1995). *Anal Esp Pediatr* 1998; **48**:277-282.