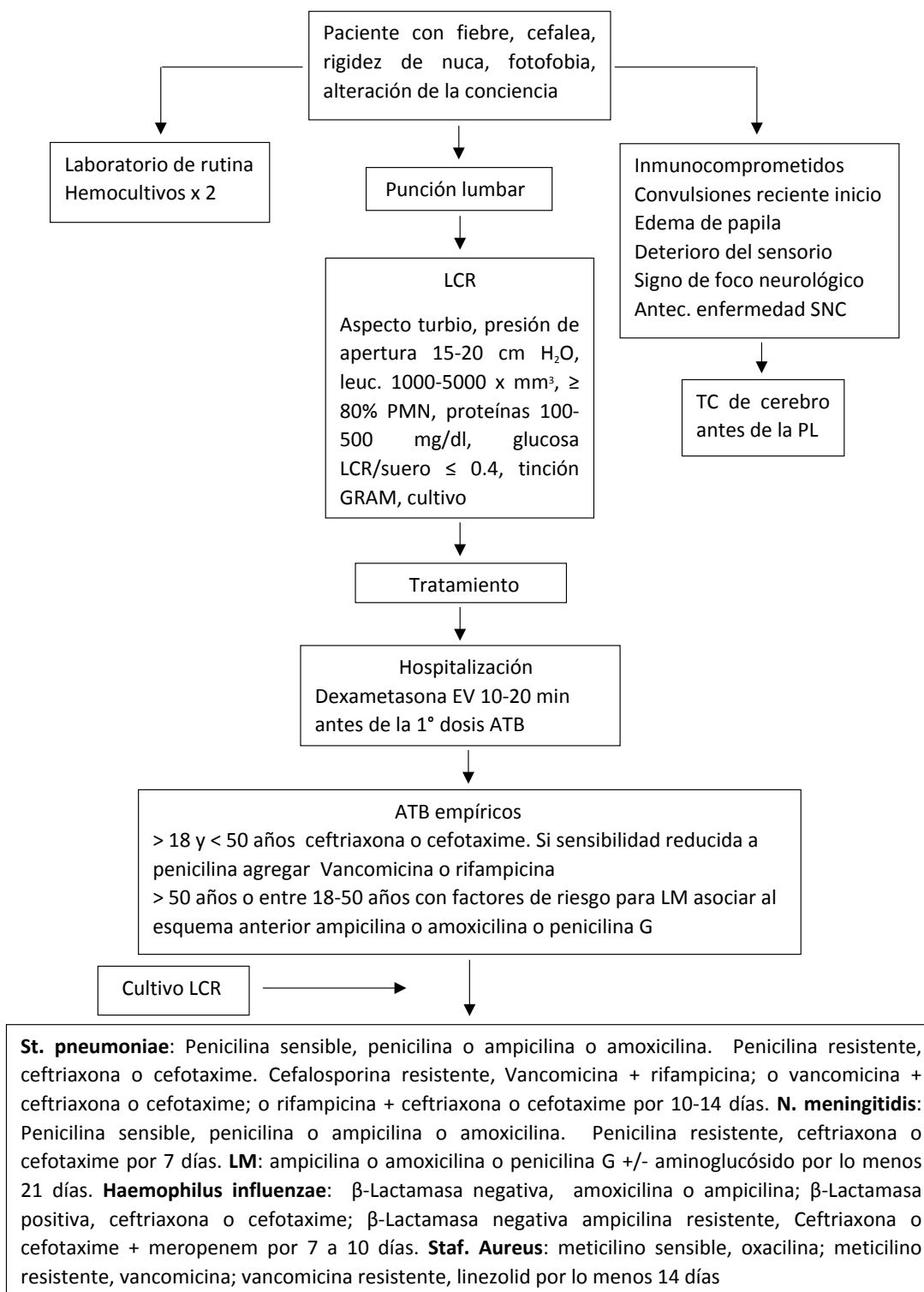


# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 4

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA MENINGITIS BACTERIANA AGUDA (MBA) DE LA COMUNIDAD EN EL PACIENTE ADULTO



LM: Listeria Monocytogenes; St.: streptococcus; N.: Neisseria; Staf.: stafilococcus

## **ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA MENINGITIS BACTERIANA AGUDA (MBA) DE LA COMUNIDAD EN EL PACIENTE ADULTO**

Son factores de riesgo para LM la diabetes mellitus, el uso de drogas inmunosupresoras, el cáncer, alcoholismo y cualquier otra condición que genere inmunocompromiso.

Los signos de Brudzinski y Kernig son poco frecuentes, 9 y 11% respectivamente. El déficit focal neurológico excluye la parálisis de los pares craneales. El deterioro del sensorio es definido por un score en la escala de Glasgow menor a 10. La presencia de un rash petequial presente en el 20-50% de los pacientes es expresión de infección por *N. meningitidis* en más del 90% de los casos.

Con respecto al recuento celular hay un 1-2% de los casos donde éste es normal. La tinción de GRAM del LCR es positiva en el 60-90% y el cultivo en el 50-80% de los pacientes. Los hemocultivos son positivos en el 75% de las MBA por *St. pneumoniae*, 40-60% de las MBA por *N. meningitidis* y en el 50-90% de las secundarias a *Haemophilus influenzae*. Cuando las características del LCR sean sugestivas de MBA pero el cultivo del LCR o la reacción en cadena de la polimerasa o los hemocultivos no sean capaces de identificar el germen se deberá mantener el tratamiento ATB empírico por lo menos por dos semanas.

El retraso en el inicio del tratamiento ATB se asocia a peor pronóstico y mayor mortalidad por lo que no debería prolongarse más allá de la hora del ingreso hospitalario.

El uso de dexametasona EV ha demostrado utilidad para la MBA por *St. pneumoniae* y también señalan algunos autores para MBA por *H. Influenzae* debiendo administrarse antes del inicio de la primera dosis de ATB (0.15 mg/kg/6 hs) por 4 días. Se deberá realizar profilaxis ATB para *H. Influenzae* al caso índice y a los convivientes con contacto con niños menores de 4 años, a los que no se han vacunados o están mal vacunados (rifampicina 600 mg/día por 4 días) y para *N. meningitidis* al caso índice, a los contactos cercanos de los últimos 7 días y al equipo de salud expuesto a secreciones respiratorias antes de las 24 hs. de haber iniciado el tratamiento (rifampicina 600 mg/12 hs. por 2 días. Alternativo 500 mg de ciprofloxacina única dosis).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Griffiths MJ, McGill F, Solomon T. Tratamiento de la meningitis aguda. *Clinical Medicine* 2018; V 18, 1, N 2: 164-69
2. Blamey R. Meningitis Bacteriana Aguda. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2014; 25 (3): 534-540
3. Diederik van de Beek, Matthijs C Brouwer, Guy E Thwaites, Allan R Tunkel. Meningitis bacteriana. *Lancet* 2012; 380: 1693-702
4. Van de Beek D, Cabellos C, Dzungova O, Esposito S, Klein M, Kloek AT, Leib SL, Mourvillier B, Ostergaard C, Pagliano P, Pfister HW, Read RC, Resat Sipahi O and Brouwer MC, for the ESCMID Study Group for Infections of the Brain (ESGIB). ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis 2016