

## MENINGITIS NEONATAL CON INFARTOS CEREBRALES POR *ESCHERICHIA COLI*.

C. Sánchez Vaquerizo\*, N. Lacamara Ormaechea, M. Rianza Gómez, R. Piñeiro Pérez, A. Malalana Martínez, M. Sánchez-Mateos.

Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.

C/ Iglesia nº 10, 3º A Majadahonda (Madrid) 28220; Teléfono 696061688; correo electrónico: csanchezvaq@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** La meningitis bacteriana es más frecuente en neonatos, presentando una elevada morbimortalidad. Su incidencia es de 0.25-0.32 por cada 1000 nacidos vivos. Los bacilos gram negativos constituyen la quinta causa de meningitis infantil (3.6%) con *Escherichia coli* como principal patógeno. Los factores de riesgo son bajo peso al nacer, prematuridad e infección periparto. La clínica suele ser muy inespecífica, obteniendo el diagnóstico definitivo a través del cultivo del LCR. El tratamiento debe comenzar precozmente con antibioterapia empírica (ampicilina + cefotaxima + gentamicina).

**CASO CLÍNICO:** Recién nacido a término sin antecedentes perinatales de interés (cultivo rectovaginal negativo, bolsa rota de 11h, sin fiebre materna) que ingresa a las 48 horas de vida por ictericia y rechazo de tomas. Analítica al ingreso compatible con infección (leucopenia con neutrofilia, PCR > 250 mg/L, PCT 3.8 ng/ml, plaquetopenia). Se realiza punción lumbar y se inicia tratamiento antibiótico empírico intravenoso con ampicilina (300 mg/kg/d), cefotaxima (150 mg/kg/d) y gentamicina (4 mg/kg/d). A las 12h de ingreso, se objetiva cuadro clínico compatible con síndrome meníngeo con actitud en extensión de los 4 miembros, movimientos de pedaleo y movimientos estereotipados con escasa actividad espontánea. Se realiza monitorización de función cerebral sin evidenciarse crisis convulsivas. A las 48 horas del ingreso, se aísla en hemocultivo y cultivo de LCR, *Escherichia coli* sensible a gentamicina y cefotaxima. En cultivo de LCR al tercer día de tratamiento sigue aislándose *E.coli*. Se continuó tratamiento con gentamicina y cefotaxima hasta completar 23 días (14 días después de confirmar negatividad de cultivo de LCR). Se realiza RM con hallazgos compatibles con infartos sépticos bilaterales en zona de ganglios basales. En controles ecográficos transfontanelares seriados no se objetiva hidrocefalia ni abscesos cerebrales o tabiques intraventriculares. Los potenciales evocados auditivos de troncoencéfalo fueron normales.

### **DISCUSIÓN:**

- Es importante hacer una correcta valoración clínica neonatal, puesto que los síntomas iniciales de meningitis pueden ser inespecíficos y pasar desapercibidos. Ante la mínima sospecha de infección, debemos iniciar tratamiento antibiótico empírico precoz para minimizar las secuelas.
- La monitorización de la respuesta al tratamiento mediante la negativización del cultivo del LCR es fundamental para valorar la duración del mismo y vigilar la evolución de la enfermedad ante la

aparición de posibles complicaciones (hidrocefalia, ventriculitis, infarto cerebral, absceso y diseminación subdural).

- Aunque la mortalidad es menor al 10%, las secuelas neurológicas, en muchos casos graves, siguen siendo frecuentes (61% en meningitis por Gram negativos).

SOLICITADO POSTER