



## DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS BACTERIANAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN UN PERIODO DE 5 AÑOS

M. Arias Temprano, A. Esteban Martín, B. González Carracedo e I. Fernández Natal

Microbiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

**Introducción:** El diagnóstico rápido e instauración precoz del tratamiento antimicrobiano en la meningitis bacteriana (MB), entidad clínica grave y urgencia microbiológica incontestable, marcan el pronóstico del paciente.

**Objetivos:** Microbiología clínica de las meningitis bacterianas diagnosticadas en el Área de Salud de León en los últimos 5 años (2013-2017).

**Material y métodos:** Según datos obtenidos mediante el Sistema informático del Laboratorio de Microbiología Clínica del Complejo Asistencial de León, se procesaron 2.416 líquidos cefalorraquídeos (LCR), incluyendo punciones lumbares derivaciones y drenajes, en cinco años (2013-2017). De manera inmediata, se realiza Gram, citoquímica y cultivo: agar-sangre y agar-chocolate (BioMerieux®)/35-37 °C/5 días y BHI-(BioMerieux®)/15 días. Otras posibles pruebas directas complementarias: detección de antígenos capsulares, antígeno de *Streptococcus pneumoniae* (Alere-BINAXNow®), antígeno *Cryptococcus neoformans* (REMEL®), RT-PCR (**N. meningitidis-S. pneumoniae-L. monocytogenes (Realcyclor® Monotest, Progenie-Molecular).**

**Resultados:** Entre los años 2013-2017 se diagnosticaron 40 MB (1,7% del total de LCR procesados) con distribución de 9, 7, 5, 10 y 9 pacientes/año respectivamente. Predominio de hombres (65%) y con rangos de edad: > 65 años (14; 35%), 14-65 años (20; 50%), 0-13 años (6; 15%), de ellos, < 1 año (4; 66,6%). En el 52,5% de los LCR patológicos el Gram no aportó información etiológica. El cultivo fue positivo en el 92,5%. Los factores de riesgo más frecuentes asociados a MB fueron: patología y/o intervención neuroquirúrgica (17,5%) e inmunocompromiso (47,5%): oncohematológicos, VIH, VHC, cirrosis, tratamientos con inmunosupresores y corticoides o diabetes mellitus. En cuanto a su adquisición, el 85% fue comunitaria, 7,5% nosocomial y 7,5% asociada a cuidados sanitarios. Se pudo establecer la etiología en 37 de los 40 casos: *Streptococcus pneumoniae* (n = 16; 40%), *Listeria monocytogenes* (n = 7; 17,5%), *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli* (n = 2; 5% respectivamente), y *Neisseria meningitidis* serogrupo B, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus salivarius*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pasteurella multocida* y *Cryptococcus neoformans* (n = 1; 2,5% respectivamente). En tres casos (7,5%), con clínica y citoquímica del LCR compatible con MB, no se identificó agente causal. Un 32,50% presentaron meningitis bacteriémica (7 *S. pneumoniae*, 3 *L. monocytogenes*, 1 *S. agalactiae*, 1 *E. coli*, 1 *P. multocida*). El 43,8% de los casos de meningitis neumocócica presentaron antecedentes de otitis y el 43,8% bacteriemia. La evolución observada fue: favorable en el 72,5% de los casos, con secuelas o evolución tórpida el 12,5% y mortalidad del 15%.

**Conclusiones:** Se detectaron 40 casos de MB (1,7% de los LCR procesados), de origen comunitario predominante siendo *S. pneumoniae* el agente causal más frecuente (40%) seguido de *L. monocytogenes* (17,5%). Destacar la diversidad etiológica, 13 especies diferentes, algunos como *P. multocida*, escasamente descritos en la bibliografía médica, y ii) los patrones clínicos de los pacientes: inmunocompromiso o comorbilidad, y manipulación médico-quirúrgica, y iii) la gravedad del cuadro clínico: 32,50% fueron MB bacteriémicas y el 27,5% de los pacientes presentaron mala evolución o fallecieron. La evolución favorable de las MB es fruto de la sospecha clínica, rápido diagnóstico microbiológico y precocidad en el tratamiento. Por ello, la comunicación eficaz y bidireccional entre microbiólogo y médico responsable del paciente y la disponibilidad de herramientas diagnósticas rápidas moleculares múltiples en un solo paso contribuirán a ello.