

MENINGITIS AGUDA POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN UNA PACIENTE ADULTA CON FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

JOSE E. ROEL, ALDO O. PI, ADRIANA PESCIO, GABRIEL BOUZA, ALEJANDRO BOERO, DOMINGO GONZALEZ MOLES

Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, Buenos Aires

Resumen La meningitis aguda en adultos por *Streptococcus agalactiae* es una entidad rara. Hasta la fecha sólo hay dos casos documentados asociados con una fístula de líquido cefalorraquídeo. Comunicamos el tercer caso en la literatura internacional. Se presentó en una paciente de 60 años de edad que tenía rinorrea intermitente de 12 años de evolución, a consecuencia de un traumatismo de cráneo. Se le efectuó una tomografía computada del macizo craneofacial con administración de lopamidol intratecal que demostró la fístula en la pared posterior y superior del seno esfenoidal.

Palabras clave: meningitis, streptococcus agalactiae, fístula de líquido cefalorraquídeo

□ *Streptococcus agalactiae* es un agente etiológico frecuente en infecciones puerperales, sepsis y meningitis neonatales¹. En los últimos años se registró un aumento de la incidencia de enfermedad invasiva en adultos. Sus localizaciones más comunes son en piel y partes blandas, bacteriemia de causa incierta, infección urinaria, neumonía, peritonitis, artritis séptica y endocarditis². A pesar de esto la meningitis aguda es una entidad muy rara en la población adulta. En 1942, Rantz³ describió el primer caso y desde entonces se reportaron 70 más, dos de ellos asociados con una fístula documentada de líquido cefalorraquídeo. Comunicamos el tercer caso de meningitis aguda por *Streptococcus agalactiae* en una paciente adulta portadora de una fístula de líquido cefalorraquídeo.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, que se internó por fiebre y confusión mental. Como anteceden-

tes refirió un traumatismo de cráneo en 1984 luego del cual se diagnosticó una pérdida intermitente de líquido cefalorraquídeo, más evidente por la mañana y al inclinarse hacia adelante. En 1990, tuvo una meningitis aguda por *S. pneumoniae*. Fue tratada con penicilina con recuperación rápida y persistencia de la rinorrea. En esa oportunidad se le efectuó una tomografía computada cerebral con contraste endovenoso que no mostró un defecto anatómico. Permaneció asintomática durante seis años. Siete horas antes de su internación comenzó con cefalea intensa. Dos horas después tuvo vómitos, escalofríos, fiebre y confusión mental.

En el examen físico de ingreso presentó estupor. La temperatura axilar era de 39°, presión arterial 130/70, frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Las pupilas eran iguales y reactivas a la luz. En el fondo de ojo no tenía papiledema. No tenía hallazgos en la otoscopia. No tenía paresias y los reflejos osteotendinosos eran normales. Tenía franca rigidez de nuca con presencia de signos de Kernig y Brudzinski.

Le hemoglobina era de 13 gr%, el recuento de blancos 10.300/ml (87% neutrófilos) y el recuento de plaquetas 250.000/ml. La glucemia era de 182 mg%, urea 50 mg%, creatinina 1 mg%, natremia 139 mEq/L, potasemia 3 mEq/L, TGO y TGP eran normales, tiempo de protrombina 100%, KPTT 26 segundos, PH 7,43, PCO₂ 32 mm Hg, PO₂ 70 mm Hg, bicarbonato 24 mEq/L. El líquido cefalorraquídeo tenía aspecto turbio, el recuento de glóbulos blancos era de 3400/ml (98% neutrófilos), glóbulos rojos no crenados 200/ml, glucorraquia 25 mg% (glucemia

Recibido: 26-VIII-1996

Aceptado: 30-X-1996

Dirección postal: Dr. José E. Roel, Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, Pueyrredón 1461, 1118 Buenos Aires, Argentina.

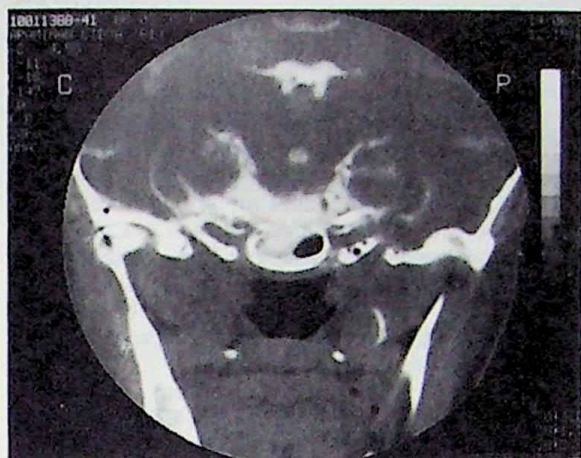


Fig. 1.--Tomografía computada del macizo craneofacial con administración de lopamidol intratecal: se observa una solución de continuidad en la cara posterior y superior del seno esfenoidal con pasaje del contraste a la porción posterior del mismo.

182 mg%) y proteinorraquia 650 mg%. Se identificaron diplococos gram positivos en el examen directo y comenzó tratamiento con ceftriaxone 4 gr por día con remisión de la fiebre y los signos meníngeos en 96 horas. El cultivo del líquido cefalorraquídeo desarrolló *Streptococcus agalactiae* sensible a la penicilina, al igual que dos muestras de hemocultivo. Fue externada al octavo día con ceftriaxone intramuscular.

Luego del alta se le realizó una tomografía computada del macizo craneofacial con administración de lopamidol intratecal que mostró pasaje del contraste a la porción posterior del seno esfenoidal a través de una solución de continuidad en la cara posterior y superior del mismo (Fig. 1).

Discusión

La mayoría de las infecciones por *Streptococcus agalactiae* en adultos ocurren en mujeres en el postparto. Esto se debe a que coloniza el tracto genital y/o gastrointestinal de las mujeres embarazadas⁴. Varios estudios demostraron una incidencia creciente de infección bacteriana invasiva en la población adulta no obstétrica^{2, 5}. Esta se produce con mayor frecuencia en portadores de cirrosis hepática, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cáncer de mama, úlceras por decúbito y vejiga neurogénica⁶. Estos pacientes tienen en común la incapacidad para

impedir la diseminación de la bacteria desde los sitios de colonización hasta el torrente sanguíneo¹.

La meningitis aguda debida a *Streptococcus agalactiae* en adultos es una entidad rara. Dunne y Quagliarello revisaron la literatura de habla inglesa en el período 1966-1993 y comunicaron 50 casos⁷. Sarmiento et al revisaron 42 casos en el período 1942-1993⁸. Sumando los pacientes de estas dos revisiones más los reportados con posterioridad y el nuestro totalizan 71. El 75% de éstos tenía hemocultivos positivos y el 15% endocarditis infecciosa. Esto hace suponer que la principal vía de entrada es por siembra hematogena⁸. Esta hipótesis se ve reforzada por una prevalencia muy baja de colonización orofaríngea, aun durante el embarazo¹. Sin embargo, en cinco de los casos publicados y en el nuestro, la infección meníngea se asoció con ruptura de la barrera hematoencefálica. Esto se debió en tres ocasiones a la presencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo, y en los otros al postoperatorio de laminectomía, craniotomía y a la presencia de una derivación ventrículo-peritoneal. De acuerdo con esto, la diseminación directa sería el segundo mecanismo en orden de importancia.

Nuestra paciente no tenía ninguno de los factores de riesgo conocidos para presentar una enfermedad invasiva por *Streptococcus agalactiae*. La presencia de una fístula demostrada de líquido cefalorraquídeo hace suponer que la vía de entrada fue por infección ascendente luego de colonizar el seno esfenoidal. Sólo dos casos documentados fueron publicados previamente^{9, 10}. El primero era un paciente portador de un adenoma cromóforo hipofisario y síndrome de Cushing, tratado con irradiación craneal. Se demostró una fístula por destrucción ósea del seno etmoidal derecho que cesó espontáneamente luego del tratamiento con penicilina. El segundo fue en un paciente con una fístula iatrogénica luego de una cirugía endoscópica por sinusitis crónica. En éste la fístula se pudo sellar luego de implementar un drenaje subaracnoideo lumbar para disminuir la presión intracraneana. Sepkowitz y col. reportaron cuatro casos de meningitis aguda por estreptococo no-A, no-D¹¹. Uno de ellos fue por *Streptococcus agalactiae* y en este caso se sospechó la presencia de una fístula aunque no se pudo demostrar.

En conclusión, comunicamos el tercer caso en la literatura internacional de meningitis aguda en adultos por *Streptococcus agalactiae* asociada con una fístula documentada de líquido cefalorraquídeo. Los hallazgos en este caso hacen suponer que la vía de entrada fue por una infección ascendente luego de la colonización del seno esfenoidal.

Summary

Acute meningitis caused by Streptococcus agalactiae in an adult patient with a central spinal fluid fistula

Acute meningitis in adults caused by *Streptococcus agalactiae* is a rare entity. To our knowledge, there are only two cases associated with a central spinal fluid fistula published in the English literature from 1942 to the present. We report the third case. It was diagnosed in a 60-year-old woman with a twelve-year history of cerebrospinal rhinorrhea after a blunt head trauma. A CT scan of the base of the skull with administration of intrathecal contrast showed a disruption of the posterior and superior aspect of the sphenoid sinus with central spinal fluid leakage.

Bibliografía

1. Edwards MS, Baker CJ. *Streptococcus agalactiae* (Group B streptococcus). In: GI Mandell, JE Bennett,

- R Dolin, (eds). Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995; 1835-45.
2. Farley MM, Harvey RC, Stull T, et al. A population-based assessment of invasive disease due to group B streptococcus in nonpregnant adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1807-11.
3. Rantz LA. Streptococcal meningitis; four cases treated with sulfonamides in which the etiological agent was an unusual streptococcus. *Ann Intern Med* 1942; 16: 716-26.
4. Pass MA, Gray BM, Dillon HC. Puerperal and perinatal infections with group B streptococci. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143: 147-52.
5. Wenger JD, Hightower AW, Facklam RR, Gaventa S, Broome CV and the Bacterial Meningitis Study Group. Bacterial meningitis in the United States, 1986: report of a multistate surveillance study. *J Infect Dis* 1990; 162: 1316-23.
6. Jackson LA, Hilsdon R, Farley MM, et al. Risk factors for group B streptococcal disease in adults. *Ann Intern Med* 1995; 123: 415-20.
7. Dunne DW, Quagliarello V. Group B streptococcal meningitis in adults. *Medicine (Baltimore)* 1993; 72: 1-10.
8. Sarmiento R, Wilson FM, Khatib R. Group B streptococcal meningitis in adults: case report and review of the literature. *Scand J Infect Dis* 1993; 25: 1-6.
9. Lentnek AL, Ferguson R, Fierer E. Group B streptococcal meningitis associated with a CSF fistula. *Arch Neurol* 1978; 35: 114-5.
10. Vartian CV, Septimus EJ. Meningitis caused by group B streptococcus in association with cerebrospinal rhinorrhea. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 1261-2.
11. Sepkowitz KA, Kasemsri T, Brown AE, Kiehn TE, Armstrong D. Meningitis due to B-hemolytic non-A, non-D streptococci among adults at a cancer hospital; report of four cases and review. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 92-7.

84. [Los egipcios] Tienen la medicina repartida en la forma siguiente: cada médico atiende una enfermedad y no más. Todo está lleno de médicos: unos son médicos de los ojos, otros de la cabeza, otros de los dientes, de las vísceras del vientre, de las enfermedades ocultas.

Heródoto (c. 484-425 a.C.)

Los nueve libros de la historia. Libro Segundo (Euterpe). Buenos Aires: Hyspamérica, 1985, p 152 (Traducción, María Rosa Lida de Malkiel).