

REGISTRO DE CASOS

MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN UN LACTANTE CURADA SIN SECUELAS NEUROLÓGICAS NI NEUROQUIRÚRGICAS

C. LAMOTE DE GRIGNON
B. RODRÍGUEZ-ARIAS

El estudio de la meningitis neumocócica continúa despertando el mayor interés desde todos los puntos de vista. En efecto, el pronóstico vital ha mejorado tantísimo, que nos asombra el porcentaje de curaciones logradas hoy día. Pero es que, de otra parte, el pronóstico funcional resulta también muy favorable, sobre todo cuando la medicación se administra de una manera precoz, adecuada y prolongada y cuando un acto operatorio — neuroquirúrgico o paraneuroquirúrgico — puede añadir positiva eficacia a la terapéutica llamada médica o contribuye a eliminar radicalmente focos supurados. Así las cosas, el magno y angustioso problema que plantean el desarrollo de las secuelas y la fácil recurrencia o reagudización en el curso revolutivo — a veces crónico — de la enfermedad, se hallan directa y preferentemente supeditados al porqué y cómo de la conducta curativa.

La etiología de este proceso meníngeo purulento, no demasiado precisa todavía, ha de obligarnos a realizar investigaciones que la perfilen más para poder establecer un diagnóstico precoz y facilitar la eficiencia global de las sulfonamidas, de la penicilina e incluso de la estreptomina. En los lactantes y en los niños, quizá no tanto en los adultos, hay que descubrir signos clínicos simples y seguros que permitan el diagnóstico diferencial rápido, a la espera de una comprobación humoral y bacteriológica, de esta variedad singular de las meningitis microbianas. El aspecto, la localización y la frecuencia de las lesiones — que los modernos procedimientos curativos han modificado muchísimo — deben de definirse bien, de cada día más, si hemos de solicitar la cooperación del neurocirujano y si queremos estar a cubierto de las sorpresas que ofrecen los decursus morbi accidentados.

A partir de 1945 se abandonó el uso del suero antineumocócico. Ya nadie piensa en el mismo. Sin embargo, una unanimidad semejante ha de crearse aún por lo que respecta a los medicamentos mejores o más se-

Trabajo del Instituto Neurológico Municipal de Barcelona (Director: Profesor B. Rodríguez-Arias). Comunicación anunciada y no presentada al IV Congreso Sud-Americano de Neurocirugía (Porto Alegre) 6-12 de mayo de 1951.

guros en el tratamiento actual. Existen partidarios a ultranza de las sulfonamidas (quimioterapia) y de la penicilina no asociadas, sino independientemente prescritas, y otros defienden por el contrario la combinación de ambos tipos de agentes químicos y de antibióticos. La sulfadiazina, la sulfapiridina, el sulfatiazol, la sulfamericina y, últimamente, la gantrisina son los productos sulfamidados (las sulfas) que gozan de máximo prestigio, sobre todo el primero (sulfadiazina) y en América. Como también la penicilina sola o con algunas dosis de estreptomina, incluso si no se teme la presencia de otros gérmenes además del neumococo. No conviene echar en olvido la resistencia de determinados cocos a la acción de la penicilina. Sin duda por esto salta más a la vista el valor de una probable actuación sinérgica de las sulfamidas y de la penicilina. Probablemente, las primeras aumentarían la permeabilidad de la barrera meníngea y protegerían los resultados de la segunda.

Las dosis pro die y totales, la elección de vías de administración (bucal, intramuscular, intravenosa e intratecal) y la óptima vigilancia que requiere su utilización, siguen dando lugar a discusiones y a puntos de vista desorientadores. Hay quien preconiza cantidades de 0,5 gr. por kilo de peso y de 250 gr. in toto para las sulfamidas, lo mismo si se trata de adultos que de niños; y de 800.000 unidades de penicilina inyectadas en los espacios subaracnoideos. Hay quien prefiere la punción cisternal a la lumbar y, en más de un caso, las ventriculares; nadie puede negar hoy día que la inyección intrarraquídea de antibióticos causa, de vez en cuando, algias in situ e irradiadas (ciatalgias por ejemplo), verdaderas radiculitis, síndromes paraparéuticos, incontinencia de orina, fibrosis y adherencias meníngeas. La vía intravenosa llega a ser aconsejable para las sulfamidas, en substitución de la bucal, al empezar la cura y dados los repetidos y graves o brutales síntomas iniciales de la afección. La penicilina per os nunca es de fiar en el tratamiento de las meningitis, sean cuales sean; se aplica óptimamente por vías intramuscular e intratecal.

El neurocirujano — el otoneurólogo en última instancia — tiene que ayudar al neurólogo o al neuropediatra para asegurar que los productos prescritos alcancen las cisternas de la base y los ventrículos, para evacuar exudados coleccionados o típicos abscesos intracraneales, para resolver tonsilitis, sinusitis, mostoiditis y otitis y para proceder a la "toilette" de heridas de la cabeza. Y otros cirujanos, menos a menudo, quizá de intervenir para solucionar cruentamente pleuresías o desaguar ciertos focos de topografía extranerviosa y radicados a distancia. Esos posibles actos quirúrgicos especializados o, cuando menos, maniobras de precisa técnica terapéutica (punciones e inyecciones loco dolenti) suponen siempre, sea una indicación cronológica en plena fase aguda de la infección, sea más tarde frente a recurrencias o a secuelas tributarias de craniectomías o laminectomías, pongamos por caso.

El origen traumático (cabeza), torácico (lesión pleuro-pulmonar con o sin metástasis cerebral) o excepcionalmente abdominal (intestinal o uri-

nario) de la meningitis neumocócica, importa menos por constituir una noción clásica para todos los profesionales la atribuida al área oto-rinológica o a otros mecanismos solapados. A dicho respecto, vale la pena de recordar el gran papel causal que juegan las rinorreas cerebrospinales.

En el capítulo de la sintomatología y de las formas clínicas de esta agudísima y jamás parcial meningitis vienen citándose la aparición de herpes labial, de convulsiones, de petequias y de equimosis (más propias, no obstante, de las epidémicas) y, de otra parte, líquidos con discreta pleocitosis y extrema abundancia de gérmenes. Los niños de corta edad acostumbran a presentar signos encefálicos (encefalitis) y timpanismo craneal ostensible.

La evolución en un sentido prolongado o bien recurrente — de estricta recidiva o de vulgar reagudización — de la enfermedad, no nueva por supuesto, ha cobrado cierta reactualidad al publicarse bastantes observaciones de recaídas no imputables, lógicamente, a una terapéutica incorrecta. Y es que cabe la posibilidad de infectar las meninges al ir repitiendo las punciones raquídeas, así como de que varíe la virulencia o el tipo de los neurococos (hecho comprobado por los analistas) en los distintos brotes. Sin embargo, de una atención terapéutica hartamente cuidadosa y segura así al principio como en los estadios finales del curso morbosamente prolongado, derivan más que nada la curación única o bien las sucesivas.

Los fracasos, pese a la brillante era médica de la post-guerra, son cuantitativa y cualitativamente dolorosos. Tan sólo curan, a lo sumo, el 65% de los afectados y, entre las consecuencias funcionalmente desastrosas que se dan, no escasean las hidrocefalias, las lesiones degenerativas del nervio óptico (amaurosis) y del acústico (sorderas y ataxias), las epilepsias, el déficit psíquico (idiocia) y los abigarrados síndromes aracnoidíticos y encefalomielíticos o encefalíticos.

Los exudados que se comportan como un proceso expansivo (abscesal o pseudoabscesal) y comprimen estructuras importantes, pueden necesitar o hacer pensar en una intervención neuroquirúrgica, pero las mielitis transversas y las encefalopatías residuales — con sus inmutables o inaccesibles lesiones de naturaleza degenerativa — no por desgracia. Como igualmente muchas hidrocefalias, microcefalias, epilepsias (focales) y aracnoiditis craneales y espinales. La cronicidad y la irreversibilidad, por ende, de bastantes lesiones localizadas o difusas, determinantes de un déficit motor, sensorial o psíquico, descorazonan aun, claro está que relativamente ante los que salvan la vida y han invertido la proporcionalidad — de ahora con relación a la de hace algunos lustros — de fracasos y de éxitos. Un síndrome post-meningítico molesto y persistente, que recuerda el de los post-conmocionados de cráneo, ha sido descrito en las meningitis epidémicas y se da también en las neumocócicas, siquiera de los adultos.

Por todo lo cual el manejo de estadísticas heterogéneas nos orientará en principio, pero nunca logrará ilustrarnos suficientemente a la cabecera del enfermo, es decir, en el momento solemne en que ante un niño o un adulto tengamos que arrostrar la responsabilidad de un diagnóstico precoz y de una pauta terapéutica elástica.

Si la casuística, si las reducidas series de casos clínicos o anatomo-clínicos, deben darse a conocer en los dominios de contadas enfermedades médicas del sistema nervioso y pasarse por alto en las restantes, la meningitis neumocócica habría de aprovechar todavía las enseñanzas que reporta una única observación clínica importante, con circunstancias concretas (causales, sintomáticas, evolutivas, pronósticas y terapéuticas), más que las de los resultados numéricos y contundentes, poco demostrativos para guiar a internistas, neuro-pediatras y neurólogos en la práctica diaria. Los problemas técnicos que llega a suscitar esta meningitis (elección de fármacos, estimación de dosis, empleo o no de la vía intratecal y lugar fijo o variado de las punciones, conveniencia y momento oportuno de reclamar una colaboración especializada o de decidir una intervención quirúrgica) cabe que se planteen y se procuren resolver mejor a la vista de especímenes aleccionadores, por vividos a través de los detalles de historia apuntados o por probar que el juicio sintético acertado que defendió el clínico, puede repetirse — corregido o no en sus matices — ante la perspectiva de salvar una vida más y de salvarla con todas las garantías de un porvenir libre de reliquias y de incapacidades corporales o mentales.

Estas consideraciones nos inducen a comunicar lo sucedido en uno sorprendente caso de meningitis neumocócica; sorprendente, como veremos, por los antecedentes fisiológicos del enfermo, por su edad, por la medicación prescrita y por los resultados obtenidos inmediatamente y a largo plazo.

D. S. M. (nº 8673 del archivo general del Instituto, corresponde a la Clínica de Neurología I), de 45 días de edad, domiciliada en uno de los suburbios más insalubres y miserables de la ciudad de Barcelona, ingresa en el Hospital el 4-6-1950. Un mes antes, es decir, a los 15 días de nacer, sufre una enfermedad febril caracterizada por rino-faringitis y bronquitis, con tos, pérdida de apetito y vómitos. Los padres pueden considerarse sanos, pero un hermanito mayor (6 meses) murió a consecuencia de un proceso meníngeo y un feto a término nació muerto. La alimentación de la familia resulta muy deficiente. Dos días antes de ser trasladada al Hospital la enferma presenta un síndrome infeccioso febril con vómitos incesantes y gran excitabilidad psicomotriz.

Exloración — Niña que pesa 3 kilos, hipotrófica y emaciada. Hiperextensión cervical con opistótonos. Reflejos profundos vivos y simétricos en las extremidades, sin hipertonia. La lactante sigue realizando bien los movimientos automáticos de succión. La fórmula hemática indica la existencia de una anemia y de una hiperleucocitosis, con anisocitosis y poiquilocitosis. El análisis del liquor, que mana a presión a nivel de la cisterna y tiene aspecto marcadamente purulento, muestra pleocitosis intensísima (3.400 células por mm.³, con predominio de polinucleares), hiperalbuminosis de 1,75 gr. por mil, glucorrea de 0,25 gr. por mil y presencia de neumococos al examen bacterioscópico.

Tratamiento — Se establece un régimen alimenticio a base de leche maternizada y de papillas, se administran larga manu sueros isotónicos y preparados vitamínicos y se procura mantener una sedación de los centros nerviosos con dosis diarias de 5 cg. de luminal. Además se da $\frac{1}{2}$ gr. de sulfatiazol cada 3 horas y una inyección intramuscular de penicilina de 15.000 unidades también cada 3 horas. Por vía cisternal se añade cada 5 días una dosis de 5.000 unidades de penicilina, previa evacuación terapéutica de 20-30 cm.³ de liquor y la inyección coetánea de 5 cm.³ de aire (la llamada encefalografía gaseosa terapéutica).

Decursus morbi — La fiebre y el síndrome meníngeo remitieron muy pronto. No hubo convulsiones duraderas, descontadas las pocas vistas al tiempo de ingresar en el Hospital. Tampoco nada focal aparente: ésto en ningún momento. A los 17 días de estancia entre nosotros fué dada alta, prácticamente curada (de exceptuar un cierto sopor y malestar). Tetaba bien, digería normalmente y pesaba, ya, 4.100 gramos. Neurológica y psíquicamente restablecida, los signos humorales en el liquor, persistentes pero ya residuales, carecían de valor. Había llegado a tomar 13,50 gramos de cibazol (6 días) y 1.500.000 unidades de penicilina (12 días).

Un mes y medio después (8-8-1950) reingresa en el Hospital, porque vuelve a presentar un cuadro febril infeccioso, bastante impreciso, si bien con desnutrición y falta de signos y síntomas clínicos y humorales a cargo del sistema nervioso (a lo sumo con malestar y somnolencia). Una nueva exploración nos induce a pensar que pueda tratarse sencillamente de un síndrome de enteritis. Se la trasladada, pues, al Hospital Municipal de Infecciosos, y, el 25-8-1950, sale restablecida y con el diagnóstico de síndrome "dispéptico" de la Clínica de Infancia del citado Hospital.

Epilogo — En el mes de octubre de 1950 se repiten las exploraciones clínica y humoral, que demuestran la ausencia — esta vez absoluta — de alteraciones o anomalías. Y a los ocho meses (enero de 1951) comprobamos por última vez que la curación tuvo lugar sin secuelas, puesto que las funciones psíquica y sensoriales (oído y vista), de una parte, y las motrices, de otra parte, eran del todo normales.

COMENTARIO

De acuerdo con el criterio sostenido por la inmensa mayoría de autores la terapéutica instituída fué mixta, es decir, sulfamido-penicilínica, para así vencer mejor la posible impermeabilidad meníngea y obviar los inconvenientes derivados de una equivocación en el uso de antibióticos. Las dosis pro die y totales de los fármacos empleados alcanzaron límites elevados pero no excesivos y se recurrió pocas veces a la vía intratecal (punción cisternal). Quizá resultó muy eficaz la inyección subsiguiente de aire. De este modo se logró aumentar la difusibilidad del antibiótico y se contribuyó a evitar el temido bloqueo de los espacios subaracnoideos. La medicación complementaria se atuvo a las normas clásicas.

Una lactante de tan corta edad y de las condiciones de miseria fisiológica en que vivía y que volvió a vivir luego, había de empeorar fundamentalmente el pronóstico, haciendo poco menos que ineficaces las medidas terapéuticas adoptadas y favoreciendo la aparición de una secuela neurológica o de una complicación neuroquirúrgica. No ocurrió lo más racional. En las peores circunstancias desde el punto de vista higiénico se desarrolló la enfermedad, bien es verdad que sin focos supurados pri-

maria y secundariamente, hecho éste que quizá logró atenuar ab initio la gravedad vital y funcional del proceso meníngeo, de por sí violento antaño y hogaño. Lo cierto es que sin la colaboración del neurocirujano y del otoneurólogo — en un Instituto que cuenta con las instalaciones y las asistencias precisas y con un *modus faciendi* de lo más sistemático pero a la par vigilado — una lactante desnutrida superó su meningitis neumocócica rápida y definitivamente, sin complicaciones agobiantes y sin secuelas terribles para su porvenir personal y social.

Esto prueba una vez más que la discusión motivada por los peligros achacados al uso de la vía intratecal o por el riesgo que se corre, también, de no ser agresivo farmacológicamente — agresivo en cuanto a dosis y agresivo en cuanto a modo de difundirlas al ser depositadas mediante punciones seriadas y variadas en el cráneo, y en el raquis y en lugares de ordinario un poco inaccesibles (ventrículos y cisternas de la base) — tendrá que ser resuelta a base de contribuciones casuísticas. Importará mucho y siempre desaguar los exudatos o los abscesos que se comporten como lesiones de tipo expansivo, pero no tanto creer que las obstrucciones y las sínfisis o adherencias se deban tan sólo a parquedad o pesimismo en la práctica de una técnica terapéutica ultramoderna (acceso a las cavidades y su vaciado) y no por el contrario a especiales cualidades de los neumococos y al modo de reaccionar — substancial — de los tejidos, de la meninge más concreta y peculiarmente.

No todas las secuelas dependerían de errores de índole técnica, sino de razones más clínicas, más fisiopatológicas, más complejas en su mecanismo.

RESUMEN

Lactante de 45 días, en pésimas condiciones fisiológicas, que presenta una meningitis neumocócica indiscutible. Es tratada con sulfatiazol y penicilina (apenas por vía intratecal). Cura prácticamente a los 17 días sin secuela alguna. A los 8 meses se mantenía bien desde todos los puntos de vista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buonocore, P. — Riv. di Clin. Pediat., **45**, 1947.
2. Folena, S. — Clin. Pediat., **30**, 1948.
3. González Aguirre, S. et al. — Arch. Argent. de Pediat., **26**, 1947.
4. Kershman, J. y Peterson, E. — Canad. M. A. J., **59**, 1948.
5. Lermierre, E. et al. — Maladies du Système Nerveux. In *Traité de Médecine*, Paris, 1949.
6. Levinson, A. y Earlywine, J. — Arch. Pediat., **64**, 1947.
7. Naus-sac, H. y Durant, J. — J. Méd. de Lyon, **29**, 1948.
8. Negri, M. — Giorn. di Malat. Inf. e Parasit., **1**, 1949.
9. Norman, A. P. — Lancet, **2**, 7, 1949.
10. Rosenbluth, J. — Arch. Pediat., **64**, 1947.
11. Sabbatini, G. y Gaburro, D. — Aeta Paediat. Lat., **2**, 1949.
12. Slemmer, R. E. — Ohio State M. J., **46**, 1950.
13. Trolle, E. — Late Prognosis in Meningococcal Meningitis. Copenhagen, 1951.
14. Uwe-Karsten Petersen — Arch. f. Kinderh., **137**, 1949.