

¿ES POSIBLE EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD MENINGOCOCICA EN EL NIÑO?

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Dr. Eric Martínez Torres*

El diagnóstico precoz es un requisito para disminuir la letalidad de esta enfermedad. La *Neisseria meningitidis* es muy sensible al tratamiento antibiótico con penicilina y su erradicación es fácil cuando aún permanece circunscrita a las localizaciones iniciales. Por el contrario, cuando ya existe un grado importante de edema cerebral por meningoencefalitis o están ya presentes las manifestaciones sistémicas producidas por la liberación de endotoxina al torrente sanguíneo, el daño multivisceral hace muy difícil el tratamiento y muchos niños fallecen.

Acostumbramos a designar como «típicas» a aquellas formas clínicas (meningoencefalitis o meningococemia) en las cuales todos los elementos están presentes: éstas, sin embargo, las diagnosticamos generalmente cuando los pacientes tienen ya un pronóstico malo.

No debemos confundir diagnóstico rápido con diagnóstico precoz. En la Microbiología moderna se describe cada vez un mayor número de técnicas de diagnóstico rápido, con el fin de evidenciar la presencia del germen o sus antígenos antes de que se obtenga el crecimiento del mismo mediante cultivo. La contrainmunolectroforesis y la prueba del látex, entre otras, pueden afirmar la presencia de un agente infeccioso en pocas horas. También pueden aplicarse las técnicas inmunoenzimáticas (ELISA) y el radioinmunoensayo, por citar algunas. Algunos procedimientos tradicionales como la bacteriología (mediante tinción de Gram, por ejemplo, de una muestra de líquido cefalorraquídeo) mantienen completa vigencia. La gota gruesa en la que se utiliza el azul de metileno para teñir una muestra de sangre en busca de diplococos, intracelulares, no ha demostrado mejores resultados que las anteriores.

El único diagnóstico verdaderamente precoz es el diagnóstico clínico. Esto implica conocer la patogenia de la enfermedad meningocócica, así como las manifestaciones clínicas iniciales de la misma. La información obtenida del estudio de varios cientos de pacientes menores de 15 años atendidos en los hospitales pediátricos de Ciudad de La Habana,^{1,2} nos permitió apreciar cierta secuencia en la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad que nos ocupa (tabla). Esta secuencia, aunque ha sido la más frecuente, no debe tomarse dogmáticamente como obligada. En ocasiones el paciente

* Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente. Vicedirector Docente. Jefe del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina «Enrique Cabrera».

puede «saltar» un estadio o presentarse al facultativo por primera vez ya con manifestaciones propias de los últimos estadios, porque la enfermedad en él haya tenido una evolución especialmente rápida o fulminante.

TABLA. Secuencia de las manifestaciones clínicas de la enfermedad meningocócica en el niño

Estadio		Manifestaciones clínicas
I	Generales	Fiebre
		Vómitos
		Cefalea
	Respiratorias	Faringitis
II	Osteoarticulares	Artralgia
		Monoartritis
	Digestivas	Dolor abdominal
	Neurológicas	Diarreas
Signos menígeos		
III		Alteración de la conciencia
	Hematológicas	Púrpura
		Leucopenia
		Trombocitopenia
	Cardiovasculares	Shock
		Alteración miocárdica

Las manifestaciones generales (fiebre, cefalea, vómitos) aislados o asociadas con signos y síntomas de afección respiratoria, constituyen el cuadro clínico inicial más frecuente.³ La *N. meningitidis* es un patógeno reconocido del tracto respiratorio alto y bajo.^{4 5} La faringitis meningocócica no tiene característica alguna que la diferencie de otros procesos infecciosos bacterianos o virales. En este período inicial el médico puede detectar una fiebre desproporcionadamente elevada para el resto de las manifestaciones clínicas asociadas, al menos más elevada de la que habitualmente produce una viremia. La fiebre por liberación de endotoxinas generalmente es alta, a veces de 40 °C. También en este estadio resulta muy útil precisar el dato epidemiológico: antecedentes de otros pacientes con enfermedad meningocócica en su medio familiar o escolar (especialmente si se trata de un brote). También algunos pacientes, desde este estadio I muestran una afectación del estado general de instalación más bien brusca y, a veces, refieren haber tenido lipotimias.

La presencia de alguna manifestación osteoarticular asociada con fiebre en una primera consulta médica se ha hecho frecuente en niños que pocas

horas después han regresado gravemente enfermos, con lesiones purpúricas generalizadas y *shock*. No existe una articulación preferida, aunque generalmente se trata de grandes articulaciones. A veces el paciente refiere dolores un tanto vagos sin poder precisar una localización específica. Otras veces el niño acude con claudicación de una extremidad a la marcha. La afectación es generalmente monoarticular, característica útil para hacer el diagnóstico diferencial con las infecciones virales, en las cuales lo habitual es que sea poliarticular. En adultos se ha referido dolor específico en los calcáneos, lo cual pudiera presentarse también en niños mayores y adolescentes.

El dolor abdominal es un síntoma inicial de la meningitis meningocócica reconocido por los textos clásicos de Pediatría, y ha sido causa no infrecuente de error al interpretarlo erróneamente como expresión de infección urinaria, gastroenteritis o apendicitis.⁶ No ha tenido la diarrea⁷ el mismo reconocimiento. Sin embargo, ésta se ha presentado con relativa frecuencia en los estadios iniciales de la enfermedad meningocócica a cualquier edad, pero sobre todo en los pacientes menores de 1 año.

La fiebre asociada con manifestaciones neurológicas, tales como signos meníngeos y alteración de la conciencia (coma o somnolencia que alternan con periodos de irritabilidad), conduce directamente al facultativo a la confirmación del diagnóstico de meningoencefalitis mediante punción lumbar. En algunos niños mayores y adolescentes, tal como sucede a los adultos, lo más notable es la agresividad (a veces una conducta casi maniaca), con intento de destrucción de lo que le rodea.⁸ En el periodo de lactante, en el cual es tan frecuente la otalgia y otras causas de llanto, debe tenerse siempre presente que la irritabilidad mantenida es el signo con el cual se inicia la meningoencefalitis la mayoría de las veces durante el primer año de vida.

En la infección meningocócica la leucocitosis con neutrofilia puede estar presente, pero no siempre es así. Las cifras normales de leucocitos no pueden tomarse como criterio absoluto para negar esta posibilidad diagnóstica y la leucopenia constituyen un signo de mal pronóstico, en especial si se asocia con trombocitopenia.⁹ Las lesiones purpúricas asociadas con antecedente febril y franco estado de *shock*, hacen que el médico piense enseguida en la meningococemia. No obstante, el paciente puede presentar solamente escasas y pequeñas petequias (inadvertidas para la madre u otro familiar en esta etapa), y le corresponde al facultativo buscarlas con astucia y paciencia, para lo cual debe descubrir totalmente el cuerpo del paciente y mediante la exploración cuidadosa de la conjuntiva bulbar en aquellos niños con piel oscura.

El diagnóstico precoz de la enfermedad meningocócica no es una tarea fácil que puede cumplirse mediante una fórmula simplista, pero tampoco es algo imposible. Requiere que el facultativo domine responsablemente las habilidades necesarias para una consulta médica de calidad, a saber: interrogar y examinar correctamente al enfermo. A este requisito se une el conocimiento de las diferentes modalidades clínicas que pueden presentarse, la integración clínica epidemiológica y el mantenimiento de un alto índice de sospecha. Esto le permitirá la mayoría de las veces imponer el adecuado tratamiento en los momentos en que el paciente pueda evolucionar satisfactoriamente hacia la curación.

BIBLIOGRAFIA

1. *Moroño Guerrero M. et al.*: Estudio comparativo de la enfermedad meningocócica en el niño, Ciudad de La Habana, 1982-1983. Aspectos clínicos y de laboratorio. *Rev Cubana Ped* 58 (1): 94-100, 1986.
2. *Gómez Iglesias et al.*: Enfermedad meningocócica en el niño: estudio de 405 pacientes. *Rev Cubana Med Gen Integral* (en proceso de publicación).
3. *Dashetskey, B.*: Unsuspected meningococemia. *J Pediatr* 102: 69, 1983.
4. *Jacobs, S. A.; C. W. Norden*: Pneumonia caused by *Neisseria meningitidis* *JAMA* 227: 67-68, 1979.
5. *Putsch, R. W. et al.*: *Neisseria meningitidis*, a respiratory pathogen? *J Infect Dis* 121: 48-54, 1979.
6. *Odegaard, A.*: Unusual manifestations of meningococcal infections. *NIPH Ann* 6: 59, 1983.
7. *Dobb, G. D.*: Diarrhoea in the critically ill (ed review). *Intensive Care Med* 12 (3): 113-115, may, 1986.
8. *Weinstein, L.*: Bacterial meningitis. Specific etiologic diagnosis in the basis of distinctive epidemiologic, pathogenetic and clinical features. *Med Clin North Am* 69(2): 219-229, march, 1985.
9. *Martínez Torres, E. et al.*: Factores de pronóstico en la enfermedad meningocócica en el niño. *Rev Cubana Ped* 57: 61-68, 1985.

Recibido: 12 de mayo de 1987. Aprobado: 19 de mayo de 1987.

Dr. *Erick Martínez Torres*. Hospital Pediátrico Docente «William Soler» Avenida San Francisco y Perla, Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.