

FARINGITIS AGUDA COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN DE SEPSIS MENINGOCÓCICA

Dr. David Galindo-Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La septicemia es una enfermedad de elevada morbimortalidad cuyo tratamiento empírico exitoso exige una exploración física y anamnesis exhaustiva con la que, una vez establecido un diagnóstico sindrómico, poder ofertar la mejor antibioterapia empírica dirigida al microorganismo de presunción.

En esta nota clínica, se describe una presentación relativamente común (faringitis aguda) de una enfermedad rápidamente mortal: la meningococemia. Se debe sospechar la presencia de meningococemia ante todo paciente joven con postración rápidamente progresiva e hipotensión. La presencia de exantema petequeal, meningismo o clínica digestiva son signos de alarma que deben reforzar nuestra sospecha.

En nuestro país se trata de una infección actualmente poco frecuente debido a las exitosas campañas de vacunación que ofrecen una excelente cobertura contra esta enfermedad. Sin embargo, debemos siempre tener un alto índice de sospecha de esta enfermedad en aquellos pacientes procedentes de áreas geográficas cuyo calendario vacunal no incluya los serotipos más habituales de la misma.

PALABRAS CLAVE

Sepsis. Bacteriemia. Meningococemia. Faringitis

ACUTE PHARYNGITIS AS A PRESENTING SIGN OF MENINGOCOCCAL SEPSIS

ABSTRACT

Sepsis is a leading cause of morbidity and mortality whose successful empirical treatment requires a thorough physical examination and recollection of medical history in order to establish a syndromic diagnosis and offer the best empirical antibiotic therapy targeted at the presumptive microorganism.

This clinical note presents a relatively typical presentation (acute pharyngitis) of a rapidly fatal entity: meningococemia. Meningococemia should be suspected in any young patient with rapidly progressive prostration and hypotension. The presence of petechial rash, meningeal symptoms or digestive symptoms are red flags that should reinforce our suspicion.

In our country, this infection is currently uncommon due to successful vaccination campaigns that provide excellent coverage against this disease. However, we must always have a high index of suspicion for this disease in patients from areas whose vaccination schedule does not include the most common serotypes.

KEYWORDS

Sepsis. Bloodstream Infection. Infection, meningococcal. Pharyngitis

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

Neisseria meningitidis es una bacteria gram negativa con morfología de diplococo en la tinción de Gram que característicamente coloniza la orofaringe durante prolongados periodos de tiempo sin ocasionar patología. No obstante, existen distintas cepas productoras de cápsula de polisacáridos capaces de producir patología potencialmente mortal en pacientes sin comorbilidad de base. La mayor parte de los brotes infecciosos vienen condicionados por serogrupos capsulados concretos (A, B, C, Y, W135) para los cuales, afortunadamente, se disponen de vacunas eficaces¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 30 años de edad natural de Perú que reside en España desde hace más de 12 meses. Trabajadora de cara al público en una cadena de restauración. Sin antecedentes personales de interés ni tratamiento farmacológico habitual.

La paciente acude al servicio de urgencias por fiebre elevada de 3 horas de evolución (39°C) así como odinofagia. Relata traumatismo cervical la noche previa en seno de agresión por intento de estrangulamiento. A su llegada al triaje, la paciente presenta fiebre de 40,3°C, taquicardia de 103 pulsaciones por minuto, taquipnea de 22 respiraciones por minuto, así como hipotensión arterial (Tensión arterial media de 59mmHg). No presencia de obnubilación, dolor cervical, exantema cutáneo o clínica digestiva.

En la exploración física destaca la presencia de pequeñas vesículas de contenido seroso en pared posterior de orofaringe, así como la palpación dolorosa de adenopatía cervical subcentimétrica en área IIA izquierda, de aspecto inflamatorio (Fig. 1).

Dada la sospecha clínica de infección estreptocócica pese ausencia de semiología típica como pueda ser la presencia de exudado purulento en amígdalas o signos de abscesos periamigdalinos, se inició tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico 2/0,2g intravenoso tras la obtención de hemocultivos. Así mismo se inició una resucitación inicial con una carga de volumen rápida con 1000cc de suero salino fisiológico.

Ante la ausencia de mejoría tensional tras la atención inicial se traslada a la paciente al área de prioridad 2 (encamados) donde se realiza una exploración reglada por parte de otorrinolaringología, así como un TC craneal. Tras sedas exploraciones queda descartada la presencia de complicación piógena local. En el estudio analítico inicial destaca la ausencia de elevación de proteína C reactiva (0,49mg/dl) o de lactato venoso (1,62mmol/L), evidenciando tan solo leve leucocitosis a expensas de 9100 neutrófilos x1000/ μ l.

Considerando la ausencia de mejoría clínica tras repetidas cargas de volumen intravenoso, se decide intensificar antibioterapia con ceftriaxona 2g intravenoso y consultar con microbiología que, tras revisar hemocultivos obte-



Fig. 1. Exploración de orofaringe. Enmarcada la presencia de pequeñas vesículas de contenido seroso en pared posterior de orofaringe.

Notas Clínicas

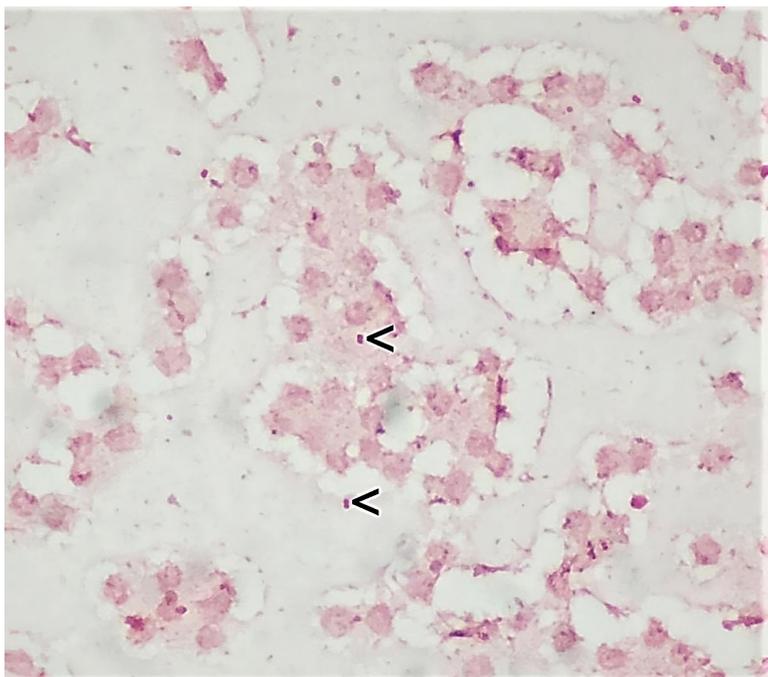


Fig. 2. Tinción de Gram sobre hemocultivo. Señalada la presencia de 2 parejas de diplococo gram negativos.

nidos, detecta positividad de los mismos a las 11 horas de su extracción. Se realiza un gram urgente de los hemocultivos que evidencia la presencia de un diplococo gram negativo (Fig. 2).

Una vez establecida la sospecha microbiológica de shock séptico secundario a meningococemia se realiza punción lumbar que descarta la presencia de afectación meníngea subclínica al presentar un líquido cefalorraquídeo con una citobioquímica normal y una presión de apertura menor de 20 cmH₂O.

Tras una rápida mejoría clínica en las 96 horas siguientes al ingreso hospitalario, la paciente fue dada de alta sin haber podido identificar ninguna patología predisponente a la infección invasiva por meningococo: se descartó presencia de VIH, asplenia, hipogammaglobulinemia, déficit de complemento o síndrome nefrótico².

La identificación final del diplococo correspondió a *Neisseria meningitidis* serogrupo C, con sensibilidad disminuida a penicilina (CMI 0,125mg/L)^{3,4}.

DISCUSIÓN

Las características clínicas, pero sobre todo microbiológicas del caso deben hacernos sospechar en 2 entidades en particular: *Neisseria meningitidis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Si bien ambas bacterias pueden colonizar la orofaringe, y son virtualmente los únicos microorganismos con una tinción de Gram que demuestra diplococos gram-negativos oxidasa-positivos⁵, la velocidad de instauración de la clínica debe guiarnos al diagnóstico presuntivo de meningococemia.

Un rápido diagnóstico de presunción es de vital importancia en el manejo de la paciente desde su primer contacto sanitario: se trata de una infección que, por su gravedad y curso evolutivo fulminante, exige de tratamiento empírico inmediato. Además, se trata de una infección contagiosa que precisa de aislamiento de tipo gotas, así como de quimioprofilaxis del personal sanitario que haya sido expuesto a las mismas (exploración orofaríngea, intubación oro-traqueal, aspiración de secreciones respiratorias).

El tratamiento antimicrobiano debe realizarse con ceftriaxona o cefotaxima a la espera de resultados de sensibilidad, pudiendo entonteces ajustar el tratamiento a penicilina G si es plenamente sensible a la misma. En caso de pacientes con anafilaxia conocida a beta-lactámicos se recomienda el uso de aztreonam⁶.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Dwiłow R, Fanella S. Invasive meningococcal disease in the 21st century—an update for the clinician. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2015;15(3):2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11910-015-0524-6>
2. *Neisseria meningitidis*. En: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases: 2-Volume set*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier - Health Sciences Division; 2019.
3. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 13.0, 2023. <http://www.eucast.org>.
4. Jorgensen JH, Crawford SA, Fiebelkorn KR. Susceptibility of *Neisseria meningitidis* to 16 antimicrobial agents and characterization of resistance mechanisms affecting some agents. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2005;43(7):3162–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.43.7.3162-3171.2005>
5. *Neisseria and Related Genera*. En: Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Medical microbiology E-book*. 9th ed. Elsevier; 2020
6. Tratamiento de las infecciones producidas por microorganismos específicos. En: J Mensa, A Soriano, E López-Suñé, P Llinares, J Barberán, Y Zboromyrska. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2022*. 32ª edición. Antares. 2022.