

NEUMONÍA POR *Neisseria meningitidis*: A PROPÓSITO DE UN CASO

Costanzo, N*; Terzano, M; Peloc, C; Aguilera, A; Corbella, SM; Schijman, M
 Hospital Gral. de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez". C.A.B.A.

INTRODUCCIÓN

Neisseria meningitidis es un diplococo Gram negativo que puede ser colonizante de mucosas nasofaríngeas. Produce habitualmente meningitis y sepsis. Las neumonías producidas por *N. meningitidis* son muy poco frecuentes y son escasos los reportes en la literatura.

Reportamos un caso de *N. meningitidis* en foco primario pulmonar, con evolución favorable.

Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquista, adicto a drogas de abuso, portador de miocardiopatía dilatada de etiología tóxica (cocaínica), fibrilación auricular crónica paroxística, historia de internación en 2014 por trombosis de vena yugular y subclavia y derrame pleural de etiología no neoplásica. En tratamiento con anticoagulantes orales, furosemida y bisopropol. Ingresa el 4/5/16 al Hospital T. Alvarez con dolor precordial y disnea CFIII, interpretándose como angina inestable.

LABORATORIO DE INGRESO

pH 7.29 Hto 46% GB 11.600/mm³
 Urea 91 mg/dl
 Creatinina 2.32 mg/dl
 proBNP 5700pg/ml CK 40 U/l
 CK-MB 11 U/l
 Troponina I <0.01ug/l

RX DE TÓRAX

Índice cardiorrespiratorio aumentado, infiltrado intersticio-alveolar difuso. Hipotensión venocapilar

Evoluciona con deterioro severo hemodinámico y respiratorio requiriendo ARM y soporte con drogas inotrópicas y vasoactivas. Ingresa a Unidad Coronaria el 5/5/16. El control evolutivo de enzimas cardíacas fue negativo y en el ecocardiograma se evidenció dilatación ventricular izquierda con deterioro severo de su función, hipertensión pulmonar leve sin alteraciones pericárdicas. Se reinterpreta el diagnóstico como insuficiencia cardíaca crónica reagudizada secundaria a sepsis severa sin foco, con fallo multiorgánico.

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

Se realizan urocultivo, hemocultivo y BAL y se inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina e imipenem. El 7/5/16 se rescata del BAL con recuento mayor de 10⁵ UFC/ml *N. meningitidis* serogrupo B confirmada por pruebas bioquímicas tradicionales, sistema automatizado Vitek2 y aglutinación de látex.

En interconsulta con infectología el 9/5/16 se rota el esquema a cefotaxima 2 gr/día durante 14 días. El paciente evoluciona favorablemente lográndose su extubación el 14/05/16, pasando a Clínica Médica el 27/05/16. Se tomaron medidas de control y profilaxis para contactos cercanos.

DISCUSIÓN

La presencia *N. meningitidis* en infecciones del tracto respiratorio podría estar siendo subestimada, debido a las dificultades que supone el aislamiento de este microorganismo.

No hay reportes de prevalencia de neumonía por *N. meningitidis* en adictos a cocaína, sin embargo el daño alveolar es una manifestación común de lesión pulmonar inducida por esta droga, que sumado a la enfermedad de base de nuestro paciente y la probable colonización podrían haber confluído en la infección.

CONCLUSIÓN

Destacamos este caso por la baja frecuencia de presentación sobre todo en pacientes inmunocompetentes.