

Artritis meningocócica como presentación de enfermedad invasiva insospechada

Sr. Editor:

La artritis meningocócica primaria es una manifestación infrecuente de la enfermedad meningocócica invasiva¹. Debido a su gravedad, es importante reconocer el amplio espectro de manifestaciones originadas por este patógeno. Debemos considerar la infección meningocócica en el niño con fiebre y exantema cutáneo, especialmente si se asocian a manifestaciones articulares. Se presenta 1 caso de artritis primaria como forma de presentación de la enfermedad invasiva.

Se trata de una niña de 10 años, de origen latinoamericano, previamente sana y con vacunación correcta (incluida vacuna polisacáridica frente a meningococo A + C 5 años antes) que acudió a urgencias por presentar fiebre elevada, vómitos, diarrea y un exantema maculoso violáceo en tronco y extremidades inferiores de 3 días de evolución. Fue diagnosticada de infección viral y remitida a su domicilio. A las 48 h del alta acudió por dolor e impotencia funcional en la rodilla izquierda, con leves signos inflamatorios, y fue diagnosticada de artritis secundaria a un traumatismo ocurrido pocas horas antes. Al día siguiente acudió de nuevo por aumento del dolor en la rodilla y persistencia de la fiebre. A la exploración no presentaba aspecto séptico ni lesiones cutáneas. La rodilla izquierda mostraba signos inflamatorios evidentes con derrame articular, dolor a la movilización y limitación de la flexoextensión (figs. 1A y B). En el hemograma se encontraron 15.640 leucocitos con 64% neutrófilos, con serie roja y plaquetaria normales. La velocidad de sedimentación globular (VSG) resultó de 40 mm en la primera hora y la proteína C reactiva (PCR) de 6,3 mg/dl. Las inmunoglobulinas y el complemento fueron normales. Se recogió hemocultivo y se realizó artrocentesis obteniéndose 60 ml de líquido purulento con 35.400 cél./ml (95% polimorfonucleares); glucosa, 3 mg/dl; proteínas, 5,5 mg/dl; lactatodeshidrogenasa (LDH), 5.533 U/l con presencia de diplococos gramnegativos en la tinción identificándose posteriormente como *Neisseria meningitidis* serogrupo C. El hemocultivo resultó negativo. Se realizó una artrotomía para desbridamiento articular y se inició tratamiento con cefotaxima intravenosa durante 4 semanas y cefuroxima oral 2 semanas más. La evolución fue satisfactoria, sin secuelas articulares.

A pesar de la disminución de la enfermedad invasiva meningocócica² en España tras la introducción de la vacuna conjugada

ante el serogrupo C, *N. meningitidis* continúa siendo una causa importante de morbimortalidad, constituyendo la primera causa en frecuencia de meningitis bacteriana³. Las manifestaciones típicas consisten en fiebre, malestar general, irritabilidad, letargia, rigidez de nuca y exantema petequeal, aunque en ocasiones pueden presentarse exclusivamente síntomas inespecíficos, como tos, rinorrea, vómitos y diarrea, comunes a las infecciones virales. Este hecho, unido a la deficiente especificidad que proporcionan el hemograma y los marcadores de infección (velocidad de sedimentación globular, PCR y procalcitonina) hace que resulte difícil sospechar, especialmente en las primeras horas, la etiología meningocócica en un paciente febril⁴, lo cual resulta primordial debido a que más del 50% de las bacteriemias asocian meningitis y la mortalidad resulta elevada. Las manifestaciones articulares pueden asociarse y deben ser un signo de alerta que ayude al clínico. Inkelis et al⁵ comunican que una sexta parte de los niños con enfermedad meningocócica presentan dolor en las extremidades o incapacidad para la deambulación como síntomas asociados. Edwards et al⁶ documentan un 10% de estas manifestaciones en una serie de 86 niños con enfermedad meningocócica seguidos prospectivamente.

La patogénesis de la artritis meningocócica es multifactorial⁷. Puede ocurrir una invasión directa de la articulación durante la fase aguda de una bacteriemia o en el curso de una meningococemia crónica. En otras ocasiones son artritis mediadas por inmunocomplejos que suelen aparecer durante la fase de recuperación, típicamente alrededor del quinto día de la enfermedad, que afectan a grandes articulaciones y con líquido sinovial estéril. En ambas formas la afectación es mono u oligoarticular de las rodillas, codos y tobillos. La lesión articular se produce en un 1,5% de los pacientes con artritis séptica, quedando como secuelas la anquilosis, la disminución del arco de movilidad y la necrosis ósea. La sospecha clínica y la instauración de un tratamiento precoz disminuyen la frecuencia de estas complicaciones.

En nuestro caso, la presencia de manifestaciones articulares en un paciente febril y que había presentado exantema debía haber alertado de la posibilidad de enfermedad meningocócica. El antecedente de traumatismo previo, sin ser éste causa directa, no es infrecuente en la artritis séptica y, probablemente, retrasó el diagnóstico. A pesar de la negatividad del hemocultivo, es probable la diseminación hematogena del meningococo, pudiendo haberse favorecido su localización intraarticular por la presencia de inflamación o de un hematoma postraumático. La vacunación con polisacáridica A + C no evitó la enfermedad, supuestamente porque al haber transcurrido 5 años el nivel de anticuerpos protectores sería bajo.



Figura 1A y B. Radiografía de la rodilla izquierda.

M.^aV. Barajas Sánchez^a, J.M. Sánchez Granados^a,
M. López Franco^b, M. Blanco Rodríguez^a
y M. Bernácer Borja^a

Servicios de ^aPediatría y ^bTraumatología.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M.^aV. Barajas Sánchez.
Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz.
Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: mvbarajas@fjd.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Salzman MB, Rubin LG. Meningococemia. *Infect Dis Clin North Am* 1996;10:709-25.
2. Cardenosa N, Domínguez A, Martínez A, Álvarez J, Panella H, Godoy P; Working Group on Meningococcal Disease. Meningococcal disease in catalonia 1 year after mass vaccination campaign with meningococcal group C polysaccharide vaccine. *Infection* 2003;31:392-7.
3. Vázquez JA. Evaluación de la campaña de erradicación frente a meningococo de serogrupo C en España. *An Esp Pediatr* 2002; 57:3-6.
4. Kuppermann N, Malley R, Inkelis SH, Fleisher GR. Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. *Pediatrics* 1999;103. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/2/e20>.
5. Inkelis SH, O'Leary D, Wang VJ, Malley R, Nicholson MK, Kuppermann N. Extremity pain and refusal to walk in children with invasive meningococcal disease. *Pediatrics* 2002;110: Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/1/e3>.
6. Marsha S, Anderson M, Glodé P, Smith AL. Meningococcal disease. In Feigin Cherry. *Textbook of Pediatric Infectious disease*. 4th ed. 1:1143-55.
7. Dillon M, Nourse C, Dowling F, Deasy P, Butler K. Primary meningococcal arthritis. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:331-2.