

# Primera crisis febril como manifestación de meningitis en lactantes

## *First febrile seizure as manifestation of meningitis in infancy*

Eugenia Espinosa

Las convulsiones febriles son una de las patologías neurológicas más frecuentes en los servicios de urgencias en menores de 5 años, en cualquier nivel de atención. Una primera crisis febril en menores de 18 meses es un signo neurológico que hace pensar en infección bacteriana o viral del sistema nervioso central (1).

La historia clínica con una buena anamnesis y antecedentes personales, el esquema de vacunación y su adecuado cumplimiento, los antecedentes familiares de epilepsia o de crisis febriles, y la historia del desarrollo psicomotor son los factores más importantes para determinar si existe riesgo de neuroinfección bacteriana o viral en una primera crisis febril bien sea simple o compleja, y para decidir la realización de una punción lumbar especialmente en menores de 18 meses (2,3), sea ella realizada por el pediatra o el médico general

La identificación de un signo clínico como la presencia de irritación meníngea, hipertensión de la fontanela asociado a irritabilidad, además de una crisis febril hace necesario descartar infección del sistema nervioso central en un lactante (4,5).

En el país a pesar de las campañas de vacunación, algunos niños todavía presentan esquemas de vacunación incompletos, por lo cual hay que estar atentos ante la presencia de fiebre, una primera crisis febril en un lactante y descarta meningitis bacteriana (6,7).

Según datos del comité de vacunación del Ministerio de Salud, la cobertura de vacunación contra neumococo, que se inició en 2011 en todo el país, se encuentra cercana al 90%; en los últimos 5 años no se ha reportado caso alguno de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y a pesar de una importante reducción, aún, se presentan casos de meningitis por *Streptococcus pneumoniae*.

Realizada la punción lumbar la interpretación del LCR con presencia de pleocitosis, uno de los signos de meningitis bacteriana, debe considerarse junto con otros criterios clínicos para proponer un diagnóstico etiológico e iniciar un esquema adecuado de antibióticos (1, 8,9).

El artículo sobre “Frecuencia de meningitis en niños entre 3 y 18 meses de edad con primer episodio de convulsión febril simple. Experiencia en el Hospital San Vicente Fundación, Medellín”; motivo de este editorial; sirve para revisar dos temas de presentación frecuente en la edad pediátrica: las crisis febriles y la meningitis bacteriana. El artículo muestra una frecuencia muy baja de meningitis bacteriana con un primer episodio de convulsión febril simple, en un hospital de III nivel, en donde solo se presentó un caso de meningitis bacteriana por *Staphylococcus aureus* germen poco frecuente en este grupo de edad y contra el cual no existen actualmente vacunas y dos casos de meningitis aséptica.

Recibido: 12/11/13. Revisado: 20/11/13. Aceptado: 21/11/13.

Eugenia Espinosa MD. Pediatra-Neurólogo Pediatra. Profesora Titular Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia

Correspondencia: maria.rubio@correounivalle.edu.co mherubio@gmail.com

Las recomendaciones dadas por este artículo y por la Academia Americana de Pediatría son válidas en Colombia, para sospechar meningitis en niños menores de 18 meses. A pesar de la baja frecuencia de meningitis bacteriana luego de una primera crisis febril simple o compleja debe alertarse al pediatra sobre la observación del lactante y la decisión de realización de punción lumbar y examen del LCR (1-4).

Se recomienda la punción lumbar y el estudio del LCR en niños entre 6 y 12 meses, sin inmunización o con inmunización incompleta contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y *Streptococcus pneumoniae*, en casos de lactantes con presencia de signos meníngeos al examen físico, y en aquellos niños que han recibido previamente antibióticos, ante la posibilidad del enmascaramiento de los signos clínicos en casos de meningitis bacteriana parcialmente tratada (10). El uso racional de los antibióticos en patologías extraneurológicas evita el diagnóstico de meningitis parcialmente tratada.

La meningitis bacteriana es una condición clínica grave en cualquier época de la vida, la sospecha diagnóstica, lleva a la realización de punción lumbar y estudio del líquido cefalorraquídeo, de cultivos, y a la indicación de un tratamiento razonable. A pesar del diagnóstico y tratamiento oportuno en ocasiones se registran complicaciones médicas en el episodio agudo, o se presentan secuelas que pueden incluir diferentes grados de discapacidad especialmente en los niños pequeños como: epilepsia, hipoacusia, retardo mental o parálisis cerebral (11,12).

## REFERENCIAS:

1. **BATRA P, GUPTA S, GOMBER S, SAHA A.** Predictors of meningitis in children presenting with first febrile seizures. *Pediatric Neurology*. 2011; 44:35-9.
2. Joint Working Group of the Research Unit of Royal College of Physicians and the British Paediatric Association. Guidelines for the management of convulsions with fever. *BMJ* 1991; 303: 634-6.
3. **DUFFNER P, BERMAN P, GRAHAM P, GREEN J, SCHNEIDER S.** Subcommittee on febrile seizures. Clinical febrile seizures: Guideline for the neurodiagnostic evaluation of the with a simple febrile seizures. *Pediatrics* 2011; 127:389-394.
4. **SHAKED O, PEÑA B, LINARES M, BARKER R.** Simple febrile seizures: Are the AAP guidelines regarding lumbar puncture being followed?. *Ped Emerg Care*. 2009; 25:8-11.
5. **TRAINOR JL, HAMPERS LC, KRUG SE, LISTERNICK R.** Children with first-time simple febrile seizures are at low risk of serious bacterial illness. *Acad Emerg Med* 2001;8:781-7.
6. World Health. Pneumococcal vaccines. The Weekly Epidemiological Record. 2003;14:110-9.
7. **KIMIA AA, CAPRARO AJ, HUMMEL D, JOHNSTON P, HARPER MB.** Utility of lumbar puncture for first simple febrile seizure among children 6 to 18 months of age. *Pediatrics* 2009 ;123:6-12.
8. **NEUMAN MI, TOLFORD S, HARPER MB.** Test characteristics and interpretation of cerebrospinal fluid Gram stain in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27:309-13.
9. **PROBER CG, DYNER L.** Central nervous system infections. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, Eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011: 595.
10. **STOCKMANN C, AMPOFO K, BYINTON C, FELLOUX F, HERSH A, BLASCHKE A, COWAN P.** pneumococcal meningitis in children: epidemiology, serotypes and outcome from 1997-2010 in Utah. *Pediatrics* 2013; 132:421-8.
11. **CLARK A, GRIFFITHS U, ABBAS S, RAO K, PRIVOR.DUMM L, ET ALS.** Impact and cost-effectiveness of haemophilus influenzae tipo b conjugate vaccination in India. *J Pediatr* 2013;163 (1 suppl):s60-72.
12. **CLARK L, GLENNIE L, AUDREY S, HICKMAN M, TROTTLER C.** The health, social, educational needs of children who have survived meningitis. *BMC Public Health*. 2013;13:953-60.