

---

## CASO CLINICO

---

### *Ventriculitis neonatal, a propósito de un caso*

*Neonatal ventriculitis, a case report*

Drs.: Midiala Cervantes Mederos\*, Cynthia Thellaeche Cortez\*\*

#### Resumen

Presentamos un caso clínico de un recién nacido con ventriculitis e hidrocefalia, secundaria a una meningitis neonatal.

#### Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (1): 13-4: ventriculitis, hidrocefalia, meningitis.

#### Abstract

We present case of a newborn with ventriculitis and hydrocephalus secondary to neonatal meningitis.

#### Key words:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (1): 13-4: ventriculitis, hydrocephalus, meningitis

#### Introducción

La meningitis bacteriana neonatal es la inflamación de las meninges caracterizada por un aumento anormal de glóbulos blancos y cultivo positivo para bacterias; en recién nacidos, desde el nacimiento hasta los 28 días. Las manifestaciones más frecuentes son signos y síntomas de sepsis asociado a dificultad respiratoria<sup>1,2</sup>.

Los agentes causales no son diferentes a los que se ven involucrados en la septicemia, siendo los más frecuentes: la *Echerichia coli*, *estreptococo grupo B*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Staphylococcus aureus* y *epidermidis*, *Listeria monocytogenes*; como también virus y hongos<sup>2-4</sup>.

La meningitis neonatal es responsable de una morbilidad a largo plazo muy significativa (20-60%). El retraso mental y motor, estados convulsivos, hidrocefalia, pérdida de la audición y trastornos de la conducta y el aprendizaje son las complicaciones más frecuentes.

Durante la etapa aguda de la enfermedad el cerebro va a estar edematoso, hiperhémico y los ventrículos están disminuidos de tamaño, comúnmente se produce hidrocefalia y el grado de dilatación ventricular tiende a aumentar con la duración de la enfermedad y con frecuencia se informa ventriculitis en la necropsia de los pacientes fallecidos por meningitis neonatal<sup>4-5</sup>.

Presentamos el caso clínico de un recién nacido prematuro que curso con sepsis neonatal secundaria a meningitis y que se complicó con ventriculitis e hidrocefalia.

#### Caso clínico

Recién nacido con antecedentes de parto extrahospitalario institucional en una posta de salud, peso de nacimiento: 1234 gramos, tiempo gestación: 28 semanas, apgar 9/9, cordón, líquido amniótico y placenta normal. Ingresó al servicio de neonatolo-

---

\* Especialista en Neonatología. Neonatóloga Brigada Cubana. Neonatología. Hospital Roberto Galindo Terán. Cobija

\*\* Especialista en Pediatría. Pediatra de Neonatología. Hospital Roberto Galindo Terán. Cobija

**Correspondencia:** Dra. Midiala Cervantes Mederos, correo electrónico: midialacvto@yahoo.com

**Conflicto de intereses:** los autores expresan que el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo aceptado para su publicación el 12/3/13.

gía al segundo día de vida con datos de dificultad respiratoria (Silverman de 4 puntos). Se conectó a ventilación mecánica por la dificultad respiratoria que presentaba y la evolución clínica fue desfavorable, con signos de sepsis neonatal secundaria a meningitis bacteriana y estado de choque séptico. Se cambió antibióticos de amplio espectro y comenzó a evolucionar favorablemente. A los pocos días tuvo que ser conectado nuevamente a ventilación mecánica por una bronconeumonía nosocomial. A los 22 días de nacido, comenzó con abombamiento de la fontanela anterior e incremento de la circunferencia cefálica, suturas separadas y se mantenía la dependencia del ventilador con evolución tórpida. Se documentó la presencia de una ventriculitis por *Acinetobacter spp* e hidrocefalia severa. No pudo ser derivado a un centro de tercer nivel, por sus condiciones clínicas inestables y falleció a los 42 días de nacido.

## Discusión

El diagnóstico de ventriculitis se confirma en el 20-90% de los casos de meningitis bacteriana, resultado de la persistencia de las bacterias en el LCR. Los síntomas y signos más frecuentes incluyen: fiebre, letargia o irritabilidad, dificultad respiratoria, rechazo al alimento, vómitos, convulsiones focales, generalizadas o sutiles y fontanela llena o abombada.

La presencia de fibrina y pus en el LCR, provoca aracnoiditis obliterante a nivel de fosa posterior con dificultad en la reabsorción del LCR y la aparición de hidrocefalia comunicante no obstructiva.

La ventriculitis es una reacción inflamatoria del epéndimo de los ventrículos, que desde el punto de vista ultrasonográfico se caracteriza por la presencia de bandas y septos, líquido intraventricular con ecogenicidad aumentada, ventrículos cerebrales de contornos irregulares y engrosamiento de la pared, sedimento por depósitos de células y proteínas.

La mortalidad varía de acuerdo con la edad gestacional (mayor en prematuros), la edad posnatal y el

agente causal (15-25% para los Gram positivos y 30-80% para los Gram negativos)<sup>1</sup>.

Nuestro paciente, tenía varios factores de riesgo para desarrollar una sepsis intrahospitalaria complicada, dentro de ellas: prematurez, bajo peso al nacer, necesidad de ventilación mecánica, permanencia en cuidados intensivos, catéteres venosos, uso de antibioticoterapia de amplio espectro y nutrición parenteral. Se complicó con una infección del sistema nervioso central (ventriculitis), infección que ocurre a nivel del epéndimo de los ventrículos laterales y que se caracterizó por una evolución desfavorable desde el punto de vista clínico.

El pronóstico fue desfavorable en este niño, por todo lo acontecido y además se reporta, en la literatura, que las ventriculitis que se producen después o concomitantes con una meningitis neonatal tienen una alta morbimortalidad y los niños que logran sobrevivir quedan con secuelas neurológicas graves.

Para evitar estas infecciones tan severas se debe realizar un estricto control de infecciones intrahospitalarias y evitar, en lo posible, los nacimientos de niños prematuros.

## Referencias

1. Mehar V, Zade P, Joshi M, Rajput N, Bhatambar G. Neonatal ventriculitis with multi drug resistant *Acinetobacter baumannii*: a case report and review of literature. *Pediat Therapeut* 2012;2:131-3.
2. Nieto del Rincóna N, de Alba Romeroa C, Egea Nadalb P, Mateos Beatob F, Peralta Ibáñez ML, Ramos Amadorc JT, Miralles Molinad M, Gómez del Castilloa E. Ventriculitis: experiencia en un servicio de neonatología. *An Pediatr* 2000; 52:245-7.
3. Mir NA. Ventriculitis complicating pyogenic meningitis in neonates. *Indian J Pediatr* 1985;52:395-400.
4. Hill I A, Shackelford GD, Volpe JJ. 1026 ventriculitis with neonatal meningitis: identification by real-time ultrasound (us). *Pediatric Research* 1981;15:613.
5. Calderón E, Hernández M, González N, Cob C, Martínez E. Neonatal meningoventriculitis. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1977; 34:117-28.