

# MENINGITIS POR SALMONELLA TYPHI EN EL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

Gustavo Villasmil P. \* Luisa Franco L. \* Jorge Rocaful G.  
\* José R. Silva F. \* José Angulo M \* Jaime R. Torres R. \*\*

## Resumen

Se presenta un caso de infección meníngea recurrente por *Salmonella typhi*, en una paciente de 34 años de edad, con el diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida de dos años de evolución. A pesar de que la cepa aislada a partir de LCR era sensible a ceftriaxona y la paciente recibió tratamiento con dicho compuesto a dosis adecuadas durante 21 días con esterilización del LCR, fue reingresada luego de 48 horas de haber sido dada de alta, con clínica de sepsis y meningitis, muriendo inmediatamente. Una nueva punción lumbar demostró la persistencia de *Salmonella typhi* en el LCR. A la autopsia, fue constatada la ocurrencia de meningitis y bronconeumonía.

## Summary

A case of meningitis due to *Salmonella typhi*, in a 34 year old female with AIDS is reported. Even though the strain of *Salmonella typhi* isolated from the CSF was sensitive to ceftriaxone, the patient relapsed after a 21 days course of the same compound. On re-admission, she was septic and had manifestations of meningitis. Death ensued shortly afterwards. A new spinal tap showed persistence of *Salmonella typhi* in the CSF. Necropsy revealed the occurrence of meningitis and pneumonia.

**Palabras Claves:** Meningitis, Salmonella, Typhi, SIDA

\* Hospital Vargas de Caracas, Servicio de Medicina I

\*\* Instituto de Medicina Tropical, U.C.V. Caracas

## Introducción

Si bien las infecciones entéricas y las bacteremias por *Salmonella typhi* son frecuentes en los enfermos con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no ocurre lo mismo con la meningitis aguda por dicho germen. Hollander(1) ha dividido a los procesos meníngeos relacionados con el SIDA en dos grandes grupos a) Los procesos agudos, fundamentalmente producidos por el propio virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) y b) Aquellos procesos crónicos producidos por *Cryptococcus neoformans*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum* y por procesos linfomatosos metastásicos o primarios. De todos ellos, *C. neoformans* es el patógeno más importante, sirviendo de marcador del SIDA de acuerdo con los criterios del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, GA., EEUU.(2)

En base a los criterios antes mencionados, es muy probable que la mayoría de los síndromes meníngeos no focalizados de evolución subaguda o crónica en un enfermo con SIDA sean inicialmente orientados (con gran probabilidad de acierto) como un proceso de posible etiología criptocócica. Los procesos meníngeos agudos, sin embargo, plantean problemas diagnósticos complejos al solaparse el espectro de patógenos comunes con el de gérmenes de ocurrencia infrecuente.(3) Tal es el caso que motiva el presente reporte.

R.D.P. Femenina de 34 años, portuguesa, residente en Caracas. Se presume haya

sido infectada por su pareja hombre seropositivo de hábitos bisexuales. La historia clínica revela desarrollo de complejo asociado al SIDA hacia marzo de 1990, fecha de su primer ingreso. En junio de 1991, es reingresada por pneumocistosis pulmonar documentado histopatológicamente. Para entonces, su conteo neto de CD4+ fue de 211/mm<sup>3</sup>. Habiendo recibido curso con TMP/SMX, egresa bajo medicación con AZT. En marzo de 1992, reingresa con clínica pulmonar que es diagnosticada como neumonía por neumococo. Recibe tratamiento con penicilina cristalina y mejora sensiblemente. Su estado empeora hacia fines de mes, cuando desarrolla franca clínica meníngea. Los hallazgos licuóricos de entonces, fueron los siguientes: Pi = 28 cms H<sub>2</sub>O; Pf = 9,5 cms H<sub>2</sub>O. Celularidad 1120/mm<sup>3</sup>, con 63% de neutrófilos. Proteíorraquia de 108 mg%. Glucorraquia de 7 mg%. Cloruros = 694 mgrs %. Pandy/nonne fuertemente positivo. La coloración de Gram mostró bacilos gram negativos intra- y extracelulares. No se observaron BAAR. Un Criptolátex fue negativo. El cultivo del LCR obtenido poco después reportó *S. typhi* sensible a Cloranfenicol y Ceftriaxona, entre otros antibióticos. Recibe Ceftriaxona 2grs. EV c/12 horas desde el momento del diagnóstico. Su evolución en principio es buena. Afebril desde las 72 horas de tratamiento. El antibiótico se mantiene por 21 días. TAC de cráneo fue compatible con meningitis, sin imágenes de absceso. La punción lumbar control al término del tratamiento, reveló esterilidad del LCR. Egresada a principios de mayo en buenas condiciones y con indicación de ciprofloxacina. La paciente consulta nuevamente tras 48 horas con clínica de sepsis, se obtiene LCR turbio. La paciente fallece luego de escasos minutos de haber ingresado. La autopsia reportó meningitis y bronconeumonía. El cultivo de LCR reportó nuevamente *S. typhi*.

## Discusión

La salmonelosis diseminada es común en los enfermos con SIDA, lo cual está asociado con la depresión de la subpoblación de linfocitos CD4+. (4) En los países desarrollados, estas salmonelosis son, por lo general, debidas