

Meningitis por *Neisseria meningitidis* grupo capsular 29E en un paciente con lupus.

A. Efron (1), M. Paredes (2), M. Moscoloni (1), P. Gagetti (1), A. Corso (1), M. Regueira (1).

(1) Departamento Bacteriología. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas - ANLIS "Dr. C. Malbrán" (INEI). Vélez Sarsfield 563. CABA.

(2) Sanatorio Allende. H. Yrigoyen 384. Córdoba.

Introducción: el aislamiento de *Neisseria meningitidis* (Nm) grupo 29E de muestras clínicas de enfermedad invasiva ha sido reportado infrecuentemente y su patogenicidad es incierta. Los casos descriptos en la literatura de enfermedad invasiva son escasos, dos casos primarios (meningitis y meningococcemia) en pacientes con mieloma múltiple y dos casos de meningitis secundarios a otitis en paciente inmunocompetente. Está usualmente asociado al estado de portador. **Objetivo:** presentar un caso de meningitis por un serogrupo infrecuente de Nm en un paciente inmunocomprometido **Caso clínico:** Paciente de 36 años, sexo masculino, oriundo de la localidad de Ojo de Agua, provincia de Santiago del Estero. Antecedentes de lupus, insuficiencia renal crónica terminal secundaria a nefropatía lúpica (glomerulonefritis lúpica clase IV con semilunas, fibrosis en el 60% de los glomérulos, fibrosis intersticial y atrofia tubular), monoreno de nacimiento, hipertensión arterial, hemodiálisis desde hace dos años. Tratado con corticoides. En la semana previa a la internación comienza con artralgia de rodilla derecha que migra a muñeca derecha, por lo que se aumenta la dosis de corticoides. El día antes de la internación comienza con cefalea occipital pulsátil de intensidad progresiva, asociada a malestar general, fiebre, fotofobia y rigidez de nuca. Se diagnostica síndrome meníngeo y se deriva a un centro de Córdoba. Al ingreso el paciente se encuentra vigil, orientado en tiempo, espacio y persona. Se realiza TAC, análisis de sangre y punción lumbar. Se inicia tratamiento con meropenem-vancomicina. A las 72 hs se informa desarrollo de Nm en el LCR y se rota a ceftriaxona con buena evolución. TAC normal; resultados de laboratorio: GR 2950000, Hto 25%, Hb 8,13g%, GB 15500 (95% PMN), VSG 99mm, glucemia 138 mg%. LCR: blanquecino, opalescente, proteínas 183mg%, glucosa 0,18mg%, GB 5100 (80% PMN); coloración de Gram: no se observan microorganismos; cultivo: desarrollo de diplococos Gram negativo, oxidasa positivo. El aislamiento se deriva al INEI para su caracterización. El grupo capsular se determinó por PCR para detección de grupos B, C, Y y W135. Debido al resultado negativo se realizó PCR para detección de grupos 29E, X y Z, con resultado positivo para grupo 29E. Se evaluó la sensibilidad a antibióticos por dilución en agar según CLSI. La cepa fue sensible (CIM mg/l) a: penicilina (0,25); ceftriaxona (0,002); rifampicina (0,015); ciprofloxacina (0,008); cloranfenicol (0,5) y tetraciclina (0,25). **Conclusiones:** hemos presentado un caso de enfermedad invasiva por Nm 29E, en un paciente inmunocomprometido. Cepas de ese serogrupo han sido aisladas principalmente en estudios de portación. Dicho serogrupo sólo puede ser identificado por sueros mono-específicos o por PCR, habitualmente no disponibles en los laboratorios clínicos de microbiología. Es importante continuar con la vigilancia de enfermedad invasiva por Nm para detectar serogrupos emergentes.