

murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax derecho. La analítica general fue normal, excepto hipoxemia, hiperglucemia y leucocitosis con desviación izquierda. En la radiografía de tórax se apreciaba un pinzamiento del seno costofrénico derecho. En los hemocultivos se aisló *N. meningitidis* serogrupo Y sensible a cefotaxima y resistente a penicilina (concentración inhibitoria mínima [CIM], 0,25 mg/l); test de betalactamasas negativo. Se realizó una punción lumbar que dio salida a un líquido claro y acelular, cuyo cultivo fue negativo. En el segundo día de su estancia la hipoventilación del hemitórax derecho había aumentado, y en una nueva radiografía se observó condensación y derrame pleural derecho. El líquido pleural era turbio con características de exudado, pH 7,38; adenosina desaminasa (ADA), 14 U/l; tinción de Ziehl y cultivo negativos. Fue tratada con cefotaxima, 2 g/8 h, por vía intravenosa, durante 14 días, con buena evolución. Los contactos cercanos recibieron rifampicina (600 mg cada 12 h durante 2 días), sin casos secundarios en su entorno.

La neumonía causada por *N. meningitidis* es una enfermedad infrecuente. Aunque se ha descrito en forma de brotes², la mayoría de los casos publicados se deben a episodios aislados. En una revisión de 58 casos a lo largo de 25 años, Winstead et al³ encuentran que se produce más a menudo en pacientes mayores, con enfermedad de base, y se presenta como una neumonía comunitaria indistinguible clínicamente de otras neumonías bacterianas. Es habitual la bacteriemia, pero no el síndrome de meningococemia ni sus complicaciones asociadas. La mortalidad es baja, y la transmisión persona a persona, aunque documentada, es rara. El serogrupo Y se ha considerado el responsable principal de neumonía por *N. meningitidis* en Estados Unidos. Sin embargo, en España este serogrupo es excepcional, y no se ha encontrado ningún caso publicado de neumonía por el mismo en la bibliografía consultada. Ferrer et al⁴ estudian 67 muestras de secreciones respiratorias de 55 pacientes con aislamiento de *N. meningitidis* y no encuentran ninguna perteneciente al serogrupo Y. Aunque inicialmente *N. meningitidis* se había considerado al serogrupo Y poco virulento, en los últimos años se han descrito casos de enfermedad invasiva por el mismo habiendo cambiado su incidencia en la década de 1990 de forma importante en algunas áreas de Estados Unidos^{5,6}, donde se utiliza en la actualidad la vacuna tetravalente que provee protección contra los serogrupos A, C, Y y W 135. En Europa se ha descrito con menor frecuencia, aunque recientemente está aumentando el

número de aislamientos. En Escocia, Clarke et al⁷ encuentran 78 meningococos grupo Y, 12 de ellos causantes de enfermedad invasiva. En nuestro entorno en los últimos años sólo se han declarado algunos casos aislados de enfermedad por este serogrupo^{8,9}. Se cree que la vacuna frente al serogrupo C puede producir cambios en la población de meningococos, de forma que serogrupos menos frecuentes como el Y y el W 135 podrían llenar el hueco dejado por el C. También se ha descrito que el *N. meningitidis* puede intercambiar el material genético responsable de la producción capsular y, por tanto, cambiar de un serogrupo a otro¹⁰. Es posible que en el futuro veamos en nuestro medio más casos de enfermedad meningocócica por serogrupos infrecuentes como el Y. Teniendo en cuenta que las vacunas que se utilizan en la actualidad no protegen contra el mismo, será necesario mantener un alto nivel de vigilancia epidemiológica en los próximos años.

Julia Pérez^a, Alfonso Gutiérrez^a,
Carmen Ezpeleta^b y Ramón Cisterna^b

^aServicio de Medicina Interna.

Hospital de Santa Marina.

^bServicio de Microbiología.

Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Bibliografía

1. Putsch RW, Hamilton JD, Wolinsky E. *Neisseria meningitidis*, a respiratory pathogen? *J Infect Dis* 1970;121:48-54.
2. Koppes GM, Ellenbogen C, Gebhart RJ. Group Y meningococcal disease in United States Air Force recruits. *Am J Med* 1977;62:661-6.
3. Winstead JM, McKinsey DS, Tasker S, De Groote MA, Baddour B. Meningococcal Pneumonia: Characterization and review of cases seen over the past 25 years. *Clin Infect Dis* 2000;30:87-94.
4. Ferrer Marcellés A, Andonegui Navarro M, Falcó Ferrer V, Osset Lladonosa J, Beltrán Beltrán M, Fernández Pérez F. *Neisseria meningitidis*: aislamiento en secreciones respiratorias de vías bajas de pacientes adultos. *Rev Clín Esp* 1996;196:741-6.
5. Racosin JA, Whitney CG, Conover CS, Díaz PS. Serogroup Y meningococcal disease in Chicago, 1991-1997. *JAMA* 1998;280:2094-8.
6. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. *N Engl J Med* 2001;344:1378-88.
7. Clark SC, Reid J, Thom L, Denham BC, Edwards GFS. Meningococcal disease due to serogroup Y in Scotland, 1992-1999. *Br J Biomed Sci* 2001;58:17-9.
8. Urtiaga M, De Pablo N, Zabala A, Martínez S. Situación de las Enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en Navarra. 2000. *Anales Sis San Navarra* 2001;24:67-74.
9. Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Memoria 2000. Editado por Dirección territorial de Bizkaia, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
10. Vogel U, Claus H, Froesch M. Rapid serogroup switching in *Neisseria meningitidis*. *N Engl J Med* 2000;342:219-20.

Neumonía por *Neisseria meningitidis* serogrupo Y

Sr. Editor: La enfermedad meningocócica por *Neisseria meningitidis* del serogrupo Y es muy poco frecuente en nuestro medio. Las infecciones respiratorias producidas por *N. meningitidis*, conocidas al menos desde 1906¹, siguen siendo poco habituales. Se presenta un caso de neumonía y bacteriemia causada por este microorganismo.

Mujer de 90 años, sin historia de viajes recientes, con diabetes *mellitus* tipo II, que ingresó por febrícula, disnea, dolor torácico derecho y tos no productiva de 4 días de evolución. En la exploración física la paciente estaba bien orientada, sin signos meníngeos ni lesiones cutáneas. La temperatura era de 37,4 °C, la presión arterial de 147/85 mmHg y se auscultaba una disminución del