

Protocolo de actuación forense ante la sospecha de meningitis bacteriana y shock séptico fulminante.

Protocol for the forensic action with regard to the suspicion of bacterial meningitis and fulminant septicemia.

A. Fernández-Rodríguez y col.

Cuad Med Forense 2004; 37:7-19

En este artículo los autores muestran las imágenes macroscópicas y microscópicas de distintos casos de muertes por meningitis bacteriana o shock séptico, observando las características en cada uno de ellos dependiendo del tiempo de evolución de la infección. En las formas fulminantes el shock séptico (síndrome de Waterhouse-Friderichsen) se manifiesta con hemorragia suprarrenal bilateral (Fig. 1), Coagulación intravascular diseminada e hígado de shock. Puede haber afectación por la infección en el corazón (Fig. 2), pulmones o bazo (esplenitis). La muerte puede ser tan precoz que se produzca antes de que la meningitis se desarrolle. En las formas agudas, con más de 24-48 horas de supervivencia el exudado purulento meníngeo suele ser visible microscópicamente (Fig. 3), si bien a veces la inflamación meníngea puede ser mucho más sutil (Fig. 4), e incluso no ser aparente en la inspección visual. Por ello, se recomienda siempre el estudio histopatológico. Microscópicamente destaca el exudado inflamatorio agudo con presencia de polimorfonucleares en el espacio subaracnoideo (Fig. 5). En los casos menos severos la inflamación se localiza principalmente alrededor de los vasos sanguíneos. El edema cerebral puede ser tan intenso que, por aumento de la presión intracraneal, produzca herniación cerebral y hemorragia de Duret secundaria a enclavamiento. Además, la inflamación se puede extender hasta los ventrículos (ventriculitis purulenta) y hacia el parénquima cerebral (cerebritis focal).

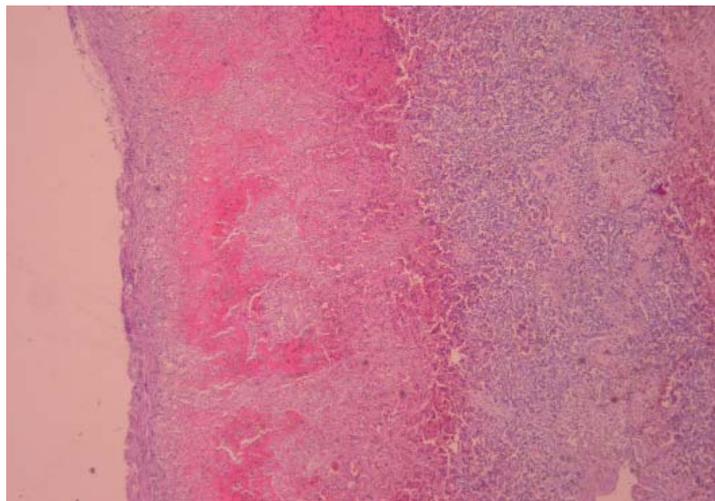


Figura 1.- Necrosis hemorrágica de la corteza suprarrenal debida a meningococemia.

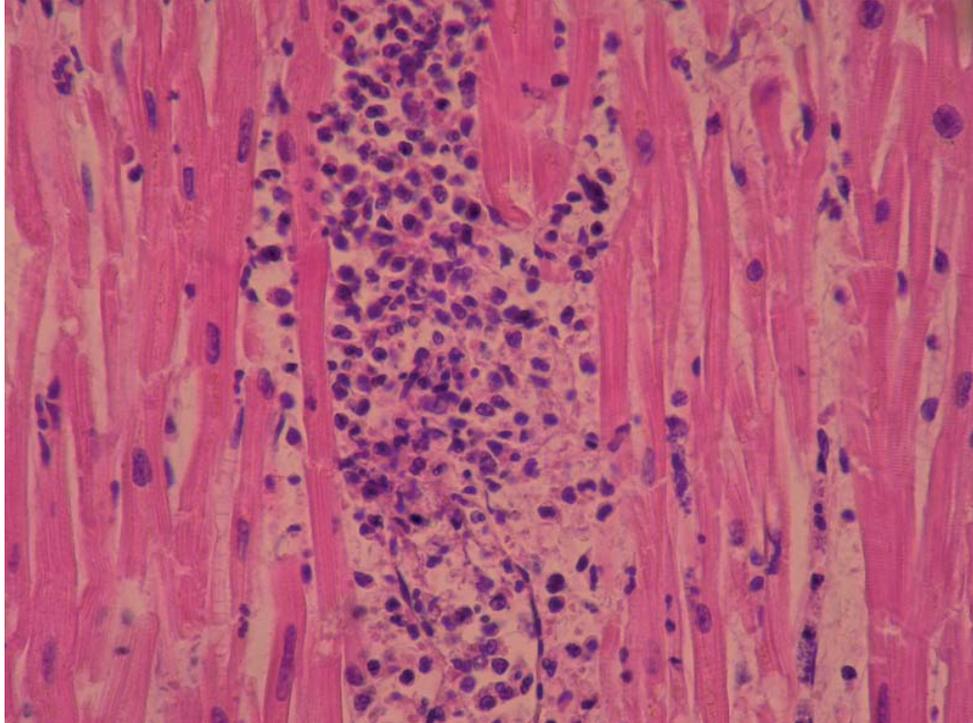


Figura 2.- Sección de miocardio que muestra infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares, de distribución preferentemente intersticial.

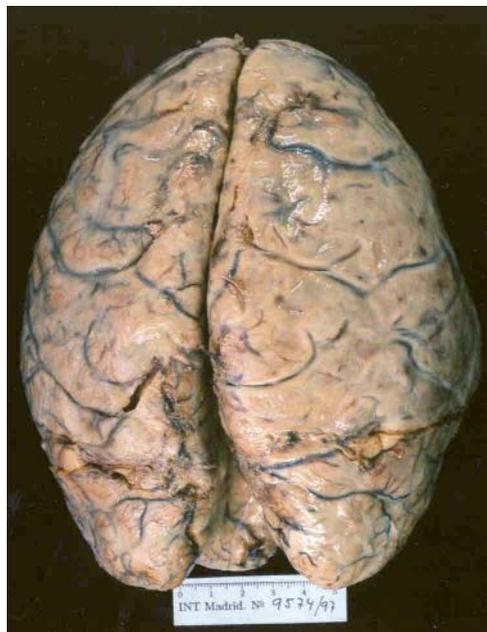


Figura 3.- Vista externa del cerebro, en el que se observa evidente exudado purulento meníngeo.



Figura 4.- Sección coronal de la corteza cerebral que muestra una fina banda de exudado inflamatorio blanquecino en el espacio subaracnoideo penetrando en el interior del surco cerebral, que podría incluso pasar desapercibida en un examen no minucioso.

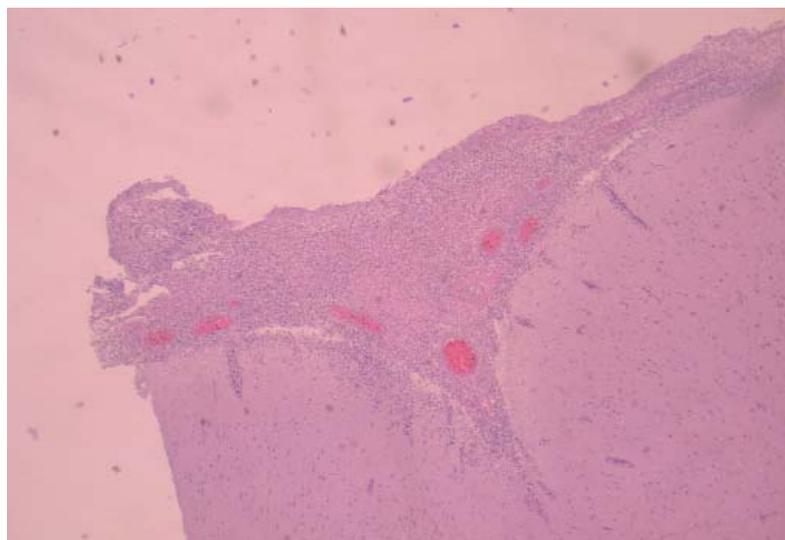


Figura 5.- Imagen microscópica del caso anterior. Exudado inflamatorio agudo compuesto casi por completo de neutrófilos localizado en el espacio subaracnoideo entre aracnoides y el parénquima cerebral.