

MENINGITIS TUBERCULOSA: DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO.

A.B. Jiménez*. A. Martínez. S. Montoro. T. Gavela. M. Escudero. N. Domínguez. J. Fernández-Cantalejo. P. Fernández. N. Cerdeira. J. Esteban.

Servicio de Pediatría; Servicio de Microbiología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Contacto: Ana Belén Jiménez Jiménez. Avda. Reyes Católicos, 2. Servicio de Pediatría. Consulta de Infectología Pediátrica. 28040. Madrid. 655606841. ana_jimenez22@yahoo.es.

1) ANTECEDENTES

La meningitis tuberculosa es una entidad bien conocida y con criterios diagnósticos bien establecidos. Sin embargo sigue planteándonos dificultades diagnósticas con importante repercusión para el paciente.

2) MÉTODO

Analizamos dos casos de meningitis tuberculosa de difícil diagnóstico atendidas este año en nuestro centro.

3) RESULTADOS

Caso 1. Meningitis tbc con LCR normal.

Niño de 16 meses con bajo nivel de conciencia de 8 horas de evolución y fiebre en los 6 días previos. Presenta Glasgow 12, alteración fluctuante de la mirada conjugada y signos meníngicos. Estudios complementarios (hemograma, bioquímica, Rx tórax) normales salvo elevación de la PCR. TAC urgente con hidrocefalia supratentorial obstructiva e imagen hiperdensa en Acueducto de Silvio. Precisa ingreso en UCIP y colocación de drenaje ventricular externo. *LCR sin leucocitos, proteínas 20 mg/dl y glucosa de 83 mg/dl, abundantes hematíes, con baciloscopia negativa.* Se inicia tratamiento antituberculostático a pesar de la normalidad del LCR con 4 fármacos y dexametasona. Mejoría progresiva en 48 horas. Se completa estudio con mantoux (negativo), VIH (negativo), EEG (lentificación), RMN (estenosis del Silvio en relación con estenosis benigna). Análisis de LCR sucesivos normales. Confirmación por PCR en LCR y esputo positivas para M. tuberculosis. Ha presentado excelente evolución clínica.

Caso 2. Meningitis tbc sin confirmación microbiológica.

Adolescente de 14 años con 4 días de fiebre y cefalea. Previamente dolor abdominal y pérdida de peso. En Urgencias presenta desconexión del medio intermitente y hemiparesia izquierda que cede en 10 minutos. TAC craneal normal, punción lumbar con *350 leucocitos (90% mononucleares), glucosa 51 mg/dl (glucemia 122 mg/dl), proteínas 143 mg/dl, baciloscopia negativa*. Se inicia tratamiento con 4 fármacos antituberculostáticos, dexametasona, aciclovir y cefotaxima; tras los cultivos y PCR para herpes negativos se mantienen sólo antituberculostáticos. RMN: engrosamiento meníngeo. Resto de estudios (Rx, mantoux, PCR para M. tuberculosis, cultivos) negativos. Se encuentra ambiente epidémico de tuberculosis positivo. Se han propuesto tablas para sostener el diagnóstico por scores con criterios clínicos, analíticos y radiológicos. Esta paciente cumplió estos criterios por lo que se mantuvo el tratamiento antituberculostático aún sin confirmación microbiológica con excelente evolución.

4) CONCLUSIONES

- La normalidad del LCR no debe hacernos retrasar el inicio del tratamiento ante un caso muy sugerente.
- Con frecuencia, el LCR extraído del drenaje ventricular externo no presenta las alteraciones analíticas esperables.
- Si no es posible confirmar el diagnóstico microbiológicamente, las tablas que unen criterios clínicos, analíticos y radiológicos pueden sostener el diagnóstico.

SOLICITADO.....POSTER