

MENINGITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

A.Beisti Ortego*, A.Córdova Salas, M.Bouthelie Moreno, F.De Juan Martín.

Hospital Universitario Miguel Servet.

c/Jose María Contín, nº41, CP 50100, La Almunia de Doña Godina (Zaragoza),
nuna_85@hotmail.com, 690100691.

Objetivos y Métodos

La meningitis tuberculosa supone la complicación más grave de la tuberculosis (TBC). Presenta elevada mortalidad y alto índice de secuelas. Presentamos los 2 casos de meningitis tuberculosa registrados en nuestro hospital en el 2010. En ambos se plantearon dificultades en el diagnóstico clínico inicial y en la confirmación de la enfermedad.

Resultados

El primer caso es un niño 2 años de etnia gitana que acude a urgencias por fiebre 48 horas de evolución, decaimiento y vómitos. Durante el ingreso se objetiva rigidez de nuca y progresivo empeoramiento del estado general, se realiza punción lumbar (45 células, 96% linfocitos, glucosa 37 mg/dl, albúmina 0,37 g/L), Mantoux 10 mm, radiografía de tórax con imágenes compatibles con tuberculosis miliar, TC cerebral muestra realce leptomeníngeo con áreas de hipodensidad. Se inicia tratamiento con 4 tuberculostáticos y aciclovir (por las imágenes encontradas en la TC). Presenta mejoría y a los 20 días es dado de alta asintomático, al mes del ingreso se confirma crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido cefalorraquídeo (LCR). El segundo caso es un lactante de 8 meses rumano con fiebre de una semana de evolución, diarrea y vómitos, contacto con tía paterna TBC. Mantoux 10 mm, en la radiografía de tórax foco consolidativo en lóbulo medio. Ante la sospecha de tuberculosis pulmonar se inicia tratamiento con 4 tuberculostáticos, posteriormente, persiste fiebre, presenta tres crisis de hipertensión y se objetiva fontanela a tensión. El LCR: 20 células, 91% linfocitos, glucosa 39 mg/dl, albúmina 1,18 g/L, cultivo negativo. La TC cerebral muestra hidrocefalia tetraventricular que finalmente precisa colocación de válvula ventrículo-peritoneal. En el jugo gástrico se aisló a los 18 días el *M. tuberculosis*. Ambos pacientes han seguido tratamiento tuberculostático durante 12 meses, con muy buena evolución.

Conclusiones

El diagnóstico puede resultar difícil especialmente las primeras fases de la enfermedad, por ello, es fundamental la sospecha, sobretodo en pacientes con contacto tuberculoso. El cultivo en LCR es positivo en un pequeño porcentaje de los pacientes, con lo cual será fundamental iniciar el tratamiento de forma precoz ante la sospecha para evitar graves complicaciones. En nuestros casos, el LCR, la radiografía de tórax compatible con TBC pulmonar y el Mantoux positivo resultaron claves en el diagnóstico.

SOLICITADO.....POSTER