

MENINGITIS TUBERCULOSA VERSUS OTRO DIAGNOSTICO RESPALDADO POR HALLAZGOS DE AUTOPSIA.

Dr. Ricardo Madrid L.

El diagnóstico de meningitis tuberculosa se hace usualmente por las manifestaciones clínicas. El estudio del líquido cefalorraquídeo (L.C.R.) ha sido siempre la confirmación más importante por parte del laboratorio momentos antes de iniciar el tratamiento. Existen algunos casos en los cuales se da únicamente tratamiento de prueba ya sea porque clínicamente se sospechan varios diagnósticos o porque hay una disparidad entre la sospecha clínica y los resultados de la punción lumbar. En otros aún con el personal más experimentado no se llega a una conclusión definitiva hasta que se verifica la autopsia.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos dos años hubo en el Hospital Escuela diez casos que llegaron a la saja de autopsias con el diagnóstico de meningitis tuberculosa. La mayoría de éstos fueron adultos y en ellos el laboratorio confirmó o indujo a sospechar el cuadro neurológico ya mencionado.

Todos estos casos a pesar del tratamiento bien dirigido llegaron a la mesa de autopsia en donde al-

gunos diagnósticos fueron confirmados y otros se demostró que eran incorrectos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron todos los casos con diagnóstico de meningitis tuberculosa y a los cuales se les practicó autopsia. Se analizaron los diferentes exámenes practica-

dos y se puso énfasis en los hallazgos obtenidos en el L.C.R.

Estos resultados fueron analizados y para aquellos cuyos resultados habían sido informados completos, se estimó un puntaje máximo de diez, valorando con un punto cada uno de los elementos y de acuerdo al siguiente esquema:

VALORACION DEL L.C.R.		
1.	Informe Clínico Previo	1
2.	Manometría	1
3.	Química:	
	Proteínas	1
	Electrolitos (cloruros)	1
	Glucosa	1
4.	Citología:	
	Conteo total	1
	Conteo diferencial	1
5.	Tinciones especiales	1
6.	Cultivos	1
7.	Otros	1
	TOTAL	10

Se comparó el puntaje de cada L.C.R. y el diagnóstico de meningitis tuberculosa obtenido pre o post-mortem detectándose así el grado de confiabilidad de los mismos.

Se revisaron exhaustivamente todos los protocolos de autopsia y

así mismo los resultados macro y microscópicos. Cuatro casos fueron autopsias limitadas a la cabeza y de los casos reportados como meningitis tuberculosa el diagnóstico se hizo por la positividad del bacilo de Koch en la coloración de Fite Faraco para tejidos.

Resultados

De diez casos que llegaron con diagnóstico final de meningitis tuberculosa a la sala de autopsia el 50o/o fue confirmado como tal. El resto tenía otro diagnóstico de acuerdo al siguiente cuadro:

SEXO	EDAD	COMPATIBILIDAD	DIAGNOSTICO PREVIO	DIAGNOSTICO FINAL
M	15a.	+, cultivo—(*) cultivo -	Meningitis tuberculosa	Meningitis tuberculosa
M	29a.	+, cultivo—	Meningitis tuberculosa	Malformación arteriovenosa rota
M	56a.	+, cultivo -	Proceso expansivo	Vasculitis granulomatosa
F	14a.	-, cultivo—	Cefalea en estudio Meningitis tuberculosa	Cisticercosis del IV ventrículo
M	22a.	-, cultivo—	Síndrome de Hipertensión intracraneana	Meningitis tuberculosa
M	28a.	-, sin cultivo—	Encefalitis viral	Meningitis tuberculosa
F	7a.	-, sin cultivo—	Meningoencefalitis probablemente tuberculosa	Meningitis tuberculosa
M	37a.	+, cultivo—	Tumor cerebral Meningitis tuberculosa	Criptococosis cerebral
F	22a.	-, cultivo pos	Meningitis tuberculosa	Meningitis tuberculosa y Meningitis bacteriana aguda
M	37a.	+, cultivo neg.	Meningitis tuberculosa	Necrosis de ganglios basales de etiología desconocida.

(*) Los cultivos son realizados por el Laboratorio Central del Ministerio de Salud Pública.

La mayoría de estos pacientes son de la 2a. y 3a. década de la vida y el promedio de edad de los mismos es de 26.7 años.

Exceptuando dos, todos los demás procedían del medio rural y en ninguno de ellos había historia familiar positiva de tuberculosis.

Hubo un caso que presentó un examen de esputo "positivo 3", pero en éste caso el paciente fue hallado inconsciente y no hubo visitas familiares en los 3 escasos días que permaneció hospitalizado. No fue posible por ello hacer un seguimiento de la familia u otros contactos en la comunidad.

Las punciones lumbares fueron informadas como compatibles con el diagnóstico de meningitis tuberculosa en el 50o/o de los casos. De estos 5 casos sólo uno resultó ser tuberculosis en la autopsia. El otro 50o/o que fue incompatible mostró que 4 casos en realidad eran tuberculosis y el otro era un caso de cisti-

cercosis del IV ventrículo. Hubo un caso de meningitis tuberculosa que desarrolló una meningitis bacteriana aguda post punción lumbar (posiblemente iatrogénica); y donde el diagnóstico fue confuso.

De todos los L.C.R. analizados ninguno alcanzó un puntaje ideal ya que el mayor fue de 7 puntos de un máximo de 10 y el promedio fue de 4.5 puntos. En un caso, (el 6o.), el L.C.R. fue erróneamente interpretado y de ahí que el tratamiento haya sido mal dirigido.

A todos los pacientes se les trató, excepto a uno, con las tres drogas antifúngicas primarias y en seis de ellos además se usaron esteroides como terapia coadyuvante.

Los procedimientos neuroquirúrgicos fueron empleados en 7 casos y en uno de ellos se encontró una trombosis de la arteria cerebral media derecha. Esto coincide con la frecuencia de 5-12o/o encontrada en 1975 por Amaga y Diaz (1), de complicaciones vasculares en meningitis tuberculosa.

Finalmente la distribución por sexo es particular, porque aunque esta serie no es representativa, se aprecia que hay un promedio del sexo masculino de 7:3 hacia el sexo femenino, contrario a lo hallado por otros: Kraljevic, E, et al (2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico de meningitis tuberculosa se hace usualmente por las manifestaciones clínicas y el laboratorio corrobora en la ma-

yoría de los casos esta posibilidad. Sin embargo en algunos pacientes el diagnóstico no se sospecha porque la forma de presentación del cuadro puede sugerir una encefalitis viral, un tumor cerebral, una meningitis bacteriana, alguna parasitosis cerebral, etc.

Existen también algunas dificultades en la interpretación de los resultados de laboratorio. Se pueden hallar valores normales de glucosa o de proteína en el L.C.R. de estos pacientes y en algunos casos también han sido descritos conteos celulares normales Kennedy Dermot H. y Fallón J. Ronald (3). Por otro lado no se debe olvidar que el L.C.R. de una paciente con meningitis tuberculosa es muy similar al de una micótica y que el

examen con tinta china deberá ser efectuada y ordenada rutinariamente.

En la presente serie hemos encontrado que en el 50o/o de los casos el cuadro de meningitis tuberculosa se comprobó en la sala de autopsias y en los otros casos hubo diagnósticos de: Cisticercosis cerebral, Criptococosis cerebral, malformación arteriovenosa y de vasculitis granulomatosa éste último diagnóstico muy discutible y difícil de hacer sin biopsia o autopsia.

Los pacientes estudiados desde el punto de vista clínico correspondían al estadio I y II de la clasificación de Gordon y Parson (4) sólo uno en el estadio III, y al cual se le diagnosticó una trombosis de la arteria cerebral media derecha.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN DIEZ PACIENTES CON DX DE MENINGITIS TUBERCULOSA	
NEUROLOGICOS	OTROS
SINTOMAS	SINTOMAS
Cefalea 7	Náuseas y vómitos 4
Ataxia 4	Diarrea 1
Alts. de conciencia 9	Disuria 1
Convulsiones 3	Polaquiuria 1
Nistagmo 1	Fiebre 6
SIGNOS	SIGNOS
Hemiparesia 4	Bradycardia 1
Papiledema 3	Hipotensión 1
Estupor 3	Hipertensión 2
Kernig 3	Adenopatías 1
Brudsinki 2	Diaforesis 2
Hipo/hiperreflexia 6	Sialorrea 1
Parálisis de pares craneanos . . 7	Cianosis 0
Hipotrofia muscular 3	Edema de Miembros Infs. 3
Afasia 1	P.P.D. (Prueba de tuberculina) 0

Las manifestaciones clínicas de estos casos son las comunes a los pacientes con meningitis tuberculosa y en ellos predominaron las alteraciones de conciencia, cefalea, alteraciones de pares craneales y la hiporreflexia. Un poco menos frecuentes fueron las alteraciones de la marcha y la hemiparesia. Algunos pacientes presentaron hipotrofia muscular por desuso en uno o más miembros. En las manifestaciones extraneurológicas podríamos mencionar la fiebre y las náuseas y vómitos como las más comunes.

Para tener una correlación más cercana entre los hallazgos clínicos y los resultados de laboratorio se necesita tener un personal experto o entrenado que se dedique únicamente a la realización de éste tipo de exámenes. Cuando esto no se cumple los

resultados son tan dispares como los que aquí apuntamos. La confiabilidad del laboratorio analizado es en este tipo de exámenes de un 40o/o en comparación con un 83-87o/o Kennedy y Fallón (3) que alcanzan los laboratorios de instituciones neurológicas.

En conclusión podríamos decir que aunque clínicamente el diagnóstico de meningitis tuberculosa es fácil de hacer, con un laboratorio que no tiene un buen grado de confiabilidad, siempre hay que descartar los procesos más comunes que entran en el diagnóstico diferencial.

Finalmente toca a las autoridades del Ministerio de Salud Pública revisar todos los laboratorios del país a fin de encontrar las fallas que limitan la exactitud de los resultados que éstos emiten.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Amagada y F. Díaz. Complicaciones vasculares en Meningitis Tuberculosa. Neurocirugía (Chile), 1975, 33, 5-64.
2. Kraljevic, R. et al: Symposium sobre Meningitis Tuberculosa Revista Médica Chilena, 1956, 84: 163.
3. Dermot H. Kennedy y Ronald J. Fallón. Tuberculous Meningitis. JAMA, 1979, 241: 264-268.
4. Gordon A y Parsons M: The Place of corticosteroids in the management of Tuberculous Meningitis. Br. Journal Hosp. Med 1972, 651-655.