

Meningitis agudas del adulto

H. Chaussade, L. Bernard

Las etiologías de las meningitis agudas del adulto son numerosas y se diferencian por su presentación clínica, contexto, frecuencia de aparición y pronóstico. El médico debe saber reconocer los signos clínicos de meningitis que le llevarán a realizar una punción lumbar, a interpretar los primeros resultados de ésta (bioquímica, citología, bacteriología) y a instaurar con urgencia el tratamiento de una meningitis aguda. La etiología bacteriana, que es grave y con frecuencia mortal (entre un 7% y un 30% según las etiologías) o responsable de secuelas neurológicas cuyo pronóstico depende de la precocidad de la antibioticoterapia, constituye su primera preocupación. También debe conocer y considerar etiologías más inusuales como las infecciones fúngicas y las causadas por micobacterias, a menudo subagudas y observadas en el inmunodeprimido, las meningitis asépticas virales, las producidas por gérmenes atípicos y, por último, las etiologías parasitarias.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Meningitis bacteriana; Meningitis viral; Meningitis aséptica; Punción lumbar; Púrpura fulminante

Plan

■ Introducción	1
■ Exploración clínica	1
Síndrome meníngeo	1
Signos extraneurológicos	2
■ Orientación etiológica inicial	2
Aspecto del líquido cefalorraquídeo	2
Examen del líquido cefalorraquídeo	2
Procalcitonina	2
■ Cuadros clínicos particulares	2
Meningitis purulentas bacterianas	2
Meningitis tuberculosa	4
Meningitis asépticas	4
Meningitis fúngicas	5
Meningitis parasitaria	5
Diagnósticos diferenciales	6
■ Lugar de las pruebas de imagen cerebrales	6
De urgencia	6
Durante el tratamiento	6
■ Protocolo terapéutico ante la sospecha de meningitis aguda bacteriana	6
Lugar de la antibioticoterapia antes de la punción lumbar	6
Antibioticoterapia empírica de una meningitis bacteriana	6
Corticoterapia, indicaciones y modalidades	6
■ Indicación de un control del líquido cefalorraquídeo	6
■ Tratamiento de la puerta de entrada	6

■ Introducción

La meningitis aguda consiste en una inflamación aguda de las meninges y del líquido cefalorraquídeo (LCR). Se caracteriza por un aumento del número de leucocitos en el LCR, superior a 5 elementos/mm³.

En el cuadro clínico predomina un síndrome meníngeo febril que evoluciona en algunas horas o días y al que se pueden asociar trastornos de conciencia, signos focales, cutáneos u otorrinolaringológicos (ORL). Según los microorganismos causantes (bacterias, micobacterias, bacterias intracelulares, virus, hongos), la fórmula del LCR puede ser linfocítica, mixta o con predominio de polimorfonucleares neutrófilos (PNN). Con la clínica, posee un gran valor para la orientación diagnóstica y permite guiar la estrategia terapéutica que se debe instaurar con urgencia.

■ Exploración clínica

Síndrome meníngeo

Los signos clínicos propios de una meningitis aguda son frecuentes pero poco específicos. Existe una tríada clásica con «fiebre, trastornos de la conciencia y rigidez de nuca» que es inconstante y sólo está presente en un 21-61% de los casos, según los estudios. En cambio, cuando estos signos se consideran de forma aislada, su valor predictivo negativo es elevado. En un estudio de 733 meningitis agudas (90% de meningitis bacterianas), un 95% de los pacientes tenía al menos dos de los síntomas de la tríada,

“ Punto fundamental

Datos de los National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) usados para la búsqueda de signos de focalización:

- órdenes motoras (apertura de los ojos, apertura del puño);
- oculomotricidad;
- campo visual;
- parálisis facial;
- motricidad de miembro superior;
- motricidad de miembro inferior;
- ataxia;
- sensibilidad;
- lenguaje;
- disartria;
- extinción, negligencia.

y el 100%, al menos uno, lo que permitía descartar el diagnóstico cuando no estaba presente ninguno de estos signos^[1]. En este estudio, las cefaleas estaban presentes en un 50% de los casos, y las náuseas/vómitos, en un 30%. La fiebre y las cefaleas son los signos más frecuentes; en los Países Bajos, de 696 episodios de meningitis bacterianas, estos signos estaban presentes en el 77% y el 87% de los casos, respectivamente.

Los signos de Kernig y de Brudzinski tienen una sensibilidad de tan sólo un 5%, mientras que su especificidad es del 95%. Su valor predictivo positivo es del 27%, y el negativo es del 72%. La fotofobia es más frecuente en las meningitis de etiología bacteriana que en las de etiología viral, y está presente en un 8-25% de los casos. Los trastornos de conciencia (Glasgow \leq 14) están presentes en el 69% de los casos de meningitis bacterianas, y alcanzan el 85% cuando se trata del neumococo^[2,3]. Pueden estar asociados o no a un acceso convulsivo generalizado o focal. La afectación de los pares craneales debe sugerir como primer diagnóstico una listeriosis o una tuberculosis.

Signos extraneurológicos

La presencia de una púrpura debe sugerir el diagnóstico de meningitis por meningococo. Se observa en el 63% de las meningitis meningocócicas del adulto y hasta en el 90% de las del niño^[2]. La presencia de un foco ORL, de una brecha meníngea o de una neumopatía sugiere el diagnóstico de meningitis por neumococo o por *Haemophilus* (Fig. 1).

■ Orientación etiológica inicial

Aspecto del líquido cefalorraquídeo

El aspecto macroscópico del LCR posee un valor de orientación diagnóstica. Puede ser claro (agua de roca) o turbio. Un líquido turbio es hiperleucocítico, propio de una meningitis bacteriana.

Examen del líquido cefalorraquídeo

El estudio citológico determina el número de hematíes y de leucocitos/mm³. En caso de punción lumbar (PL) traumática, es difícil interpretar la citología; una PL normal corresponde a una relación leucocitos/ hematíes en el LCR igual a la relación leucocitos/ hematíes en la sangre.

Por encima de 10 leucocitos/mm³, el laboratorio procede a determinar la fórmula y realiza una tinción de Gram (examen directo) antes del hacer el cultivo.

El estudio bioquímico muestra:

- la proteinorraquia, elevada (>0,4 g/l) en caso de meningitis;

- la glucorraquia, disminuida en caso de meningitis bacteriana, tuberculosa o fúngica. Su valor normal es de dos tercios de la glucemia;
- la concentración de lactato: Viallon et al han establecido un umbral de 3,8 mmol/l que permite distinguir las meningitis virales de las bacterianas, con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 98% en caso de examen directo negativo^[4]. Un metaanálisis ha establecido el umbral en 3,9 mmol/l^[5].

La interpretación de los resultados del LCR permite guiar el tratamiento empírico. Una hipogluorraquia asociada a una hiperproteinorraquia orientan hacia una causa bacteriana, fúngica o tuberculosa. Cuando en la fórmula citológica predominan los PNN, la causa más probable es la bacteriana, mientras que una fórmula con predominio linfocítico sugiere una causa viral, tuberculosa o por gérmenes atípicos (Cuadro 1).

La fórmula citológica de una meningitis bacteriana tratada con precocidad puede hacerse mixta o incluso linfocítica. Cuando se practica una PL precozmente, poco después del comienzo de los síntomas, alrededor de un 10% de las meningitis bacterianas son de predominio linfocítico^[6]. Asimismo, algunos casos de meningitis bacterianas, principalmente los de origen meningocócico, pueden presentarse con un LCR normal si la PL se practica con gran precocidad^[6].

Procalcitonina

La procalcitonina (PCT) es un marcador biológico sérico de infección bacteriana y parasitaria. Su medida sirve para distinguir el origen bacteriano del viral en una meningitis. En un metaanálisis de Simon et al, su sensibilidad es del 92%, y su especificidad, del 73% para diferenciar infecciones virales y bacterianas^[7]. En las meningitis, Viallon et al establecen un umbral de 0,28 ng/ml para la PCT como marcador para diferenciar el origen viral del bacteriano, con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%^[4]. Este valor discriminante varía según los estudios: en el de Ray et al^[8] llega a 2,13 ng/ml para una sensibilidad del 87% y una especificidad del 100%. Este marcador puede carecer de sensibilidad para el diagnóstico de las infecciones nosocomiales o por gérmenes atípicos.

Se ha propuesto asimismo la medida de la PCT en el LCR, pero su valor discriminante es menor que en la sangre. El valor predictivo negativo de una PCT inferior a 0,5 ng/ml en el LCR es del 74%, mientras que en la sangre es del 93%.

■ Cuadros clínicos particulares

Meningitis purulentas bacterianas

Streptococcus pneumoniae

En Francia, *S. pneumoniae* es la primera causa de meningitis, ya que representa un 50% de los casos observados entre los niños de 3 meses a 1 año, y el 70% de los mayores de 40 años. En los niños, se estima que la mortalidad es del 11%, y en los adultos alcanza el 33%, con una tasa aproximada de secuelas del 30%^[9]. La incidencia ha variado desde la introducción en 2003 de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente, que en 2010 fue sustituida por la vacuna 13-valente. Se caracteriza por un LCR purulento, y su examen directo muestra cocos grampositivos. La detección del antígeno neumocócico o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el LCR pueden facilitar el diagnóstico. Factores favorecedores son el alcoholismo, la diabetes, la asplenia y la hipogammaglobulinemia. La búsqueda y el tratamiento de una puerta de entrada ORL o de una brecha deben ser sistemáticos. La meningitis neumocócica puede complicarse con una vasculitis, visible en las imágenes por resonancia magnética (RM). Se debe recomendar la vacunación antineumocócica.

Neisseria meningitidis

La meningitis por meningococo es endémica en el mundo. En Francia, la red EPIBAC estimó su incidencia en 2010 en 0,9 casos/100.000 habitantes. Afecta sobre todo a niños y adolescentes desde el comienzo del invierno hasta la primavera, y su mortalidad alcanza el 15%, según el Institut de Veille Sanitaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465430>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)