



Protocolo diagnóstico del paciente con sospecha de infección del sistema nervioso central. Tratamiento empírico

B. Macias Bou, A. Segado Soriano, M. Calderón Moreno y M.C. Pérez Aznar

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Meningitis
- Encefalitis
- Punción lumbar
- Tomografía computadorizada
- Antibioterapia empírica

Keywords:

- Meningitis
- Encephalitis
- Lumbar puncture
- Computed tomography
- Empirical antibiotic

Resumen

Las infecciones del sistema nervioso central constituyen una emergencia médica, ya que tienen un alto riesgo de desarrollar complicaciones, así como altas tasas de mortalidad. Ante la sospecha por presencia de clínica compatible, debe realizarse una punción lumbar lo antes posible para comenzar con la antibioterapia empírica de manera precoz. Si es preciso realizar una tomografía computadorizada craneal previa a la punción lumbar se deben extraer hemocultivos e iniciar antibioterapia empírica asociada a dexametasona, cuando está indicado.

Abstract

Diagnostic protocol for patients with suspected central nervous system infection. Empirical treatment

Infections of the central nervous system constitute a medical emergency and at high risk of developing complications and high mortality rates. Suspected by the presence of symptoms compatible, a lumbar puncture should be performed as soon as possible to start empirical antibiotic therapy early. If necessary perform cranial computed tomography prior to the lumbar puncture and blood cultures should be removed starting empirical antibiotic associated with dexamethasone, when indicated.

Introducción

Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) son un grupo de enfermedades causadas por distintos agentes infecciosos. Todos los tipos de patógenos conocidos pueden causar infecciones a distintos niveles del SNC. La sospecha clínica y el inicio precoz del tratamiento son determinantes para el pronóstico de estos procesos. Los cuadros a los que nos enfrentaremos con más frecuencia en Urgencias son las encefalitis y las meningitis, siendo en estas últimas en las que nos centraremos en el siguiente protocolo.

Etiología

Los microorganismos responsables más frecuentes de meningitis adquirida en la comunidad en los países desarrollados son por este orden: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y en pacientes por encima de 50-60 años *Listeria monocytogenes*. *Haemophilus influenzae* es más frecuente en niños y su incidencia está en claro descenso gracias a la generalización de la vacuna. También puede estar implicado *Mycobacterium tuberculosis*, que generalmente provoca un cuadro de curso subagudo.

Sin embargo, en infecciones asociadas al cuidado sanitario son más frecuentes las infecciones por *Staphylococcus aureus* y *epidermidis*, sobre todo en caso de antecedentes de neurocirugía, traumatismo craneoencefálico (TCE) o derivación del SNC y bacilos gramnegativos como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* o *Pseudomonas aeruginosa*, entre otros.

Presentación clínica

El síndrome meníngeo se caracteriza por la presencia de fiebre, cefalea, náuseas y/o vómitos, alteración del nivel de conciencia y la presencia de signos meníngeos.

La tríada clásica consistente en fiebre, alteración del nivel de conciencia y rigidez de nuca frecuentemente aparece de forma incompleta¹, siendo más frecuente encontrar la tríada completa en las meningitis neumocócicas.

Pueden aparecer otras manifestaciones clínicas tanto a nivel del sistema nervioso como fuera de este: crisis convulsivas, déficits focales, papiledema, clínica articular, manifestaciones cutáneas o complicaciones sistémicas tales como coagulación intravascular diseminada (CID), shock séptico o fracaso multiorgánico.

Determinadas manifestaciones clínicas son más frecuentes en infecciones causadas por patógenos concretos. Así, en las infecciones causadas por *Listeria* hay una mayor tendencia a la presencia de crisis convulsivas, déficits focales y al de síndrome de romboencefalitis con ataxia, afectación de pares craneales y frecuente presencia de nistagmus². Las manifestaciones cutáneas como el exantema-*rash* o la púrpura palpable son más frecuentes en los cuadros causados por *Neisseria meningitidis*³.

Diagnóstico

Ante la sospecha clínica de meningitis se debe realizar una punción lumbar (PL) lo antes posible. El resto de pruebas complementarias se muestran en la tabla 1. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) es crucial para establecer el diagnóstico, identificar el agente causal y realizar pruebas de susceptibilidad *in vitro* para un correcto tratamiento⁴.

Previa a la realización de una PL se debe hacer una tomografía computadorizada (TC) craneal en aquellos pacientes que presenten al menos uno de los siguientes factores de riesgo⁵:

1. Inmunosupresión.
2. Antecedentes de patología del SNC tales como ictus previo o lesiones ocupantes de espacio.

TABLA 1
Pruebas diagnósticas

Anamnesis	Antecedentes, duración del cuadro, clínica previa, etc.
Exploración física	Estabilidad hemodinámica, focos primarios o secundarios de infección (piel, ORL, neumonía endocarditis, etc.) Focalidad neurológica Signos meníngeos (Kernig y Brudzinski)
Laboratorio	
Hemograma	Leucocitos, neutropenias, eosinofilia, recuento de plaquetas...
Coagulación	Coagulopatía
Bioquímica	Glucosa, función renal con iones PCR y procalcitonina
Microbiología	Hemocultivos y cultivos de posibles focos Gram de LCR y cultivo
Imagen	
Radiografía de tórax	
TC-craneal	Previo a PL si está indicado
Punción lumbar	Determinaciones
Lo más precoz posible	Bioquímica Recuento celular Gram, cultivo, determinaciones de antígenos...

LCR: líquido cefalorraquídeo; ORL: otorrinolaringológico; PL: punción lumbar; TC: tomografía computadorizada.

3. Crisis convulsivas de reciente aparición.
4. Papiledema.
5. Alteración del nivel de conciencia.
6. Focalidad neurológica.

Aunque no existen contraindicaciones absolutas para la realización de una PL, se debe tener especial cuidado en pacientes con evidencia de elevación de presión intracraneal, abscesos espinales, trombopenia u otras diátesis hemorrágicas.

El LCR normal es claro, transparente (como agua de roca), con una presión de apertura 5-20 cm de agua. Contiene un máximo de 5 células/mm³. Glucorraquia de 60-80% respecto de la glucemia capilar y con 15-45 mg/dl de proteínas.

Las meningitis bacterianas están entre las 10 primeras causas de muerte de origen infeccioso, por lo que es de vital importancia establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos tales como meningitis víricas, tuberculosas, de origen neoplásico o incluso asociadas a procesos sistémicos. Para ello es fundamental el análisis del LCR (tabla 2).

Tratamiento empírico

La meningitis bacteriana es una emergencia médica y, ante la sospecha clínica, se debe iniciar el tratamiento lo antes posi-

TABLA 2
Interpretación de análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR)

LCR	Presión	Aspecto	Cel/mm ³	Proteínas mg/dl	Glucorraquia mg/dl
Normal	5-20 cm H ₂ O	Claro	< 5 MON	15-45	60-80% glucemia
Meningitis bacteriana	Alta	Turbio	100-10.000 PMN	100-1.000	< 40% glucemia
Meningitis vírica	Normal/alta	Claro	< 300 MON	40-100	60-80% glucemia
Meningitis tuberculosa/fúngica	Alta	Opalescente	50-500 MON	60-700	< 60% glucemia
Meningitis carcinomatosa	Alta	Claro o turbio	20-300 MON y atípicas	60-200	< 60% glucemia
Hemorragia subaracnoidea	Alta	Hemático xantocrómico	Hematíes	50-1.000	Normal/baja

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806439>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806439>

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