

diagnóstico de la meningitis tuberculosa

La evolución terapéutica cumplida en los últimos años, ha llevado a la necesidad de que los medios diagnósticos se afinen, con la finalidad de hacer un tratamiento precoz. Si tenemos en cuenta las lesiones anatómopatológicas y la prisa con la cual se instalan, es capital que el tratamiento se instaure en forma rápida.

De ahí que algunos elementos, que se tenían en cuenta en una época donde nada se podía hacer por el paciente y basados en datos evolutivos, han perdido valor; por ejemplo, en nuestro medio, Sarno, Piaggio Blanco y Artagaveytia (118) insistieron sobre la evolución de la curva de las proteínas que ascienden y la de los cloruros que descienden en punciones sucesivas, lo que dibujaba curvas sumamente ilustrativas. En el momento actual nadie espera esos signos, a veces terminales, para tratar una meningitis tuberculosa. De ahí la necesidad de tener en cuenta cuales son los elementos positivos con los que contamos para tener una cierta certeza en el diagnóstico, cuando no se ha podido fundamentar, en forma concluyente, el diagnóstico positivo.

A su vez, el apresuramiento y una decisión no meditada, pueden llevar a un diagnóstico erróneo, con inconvenientes de todo tipo, especialmente sociales y económicos, haciendo soportar a los familiares la carga de una afección inexistente, que lleva largos meses de tratamiento.

La diferenciación más común es con las meningitis linfocitarias, benignas y es con ellas que se van a plantear los diagnósticos en la rutina de la clínica. En una época, en la cual se esperaba la evolución de estos casos, era fácil el diagnóstico. Ahora este hecho no debe contar y, por lo demás, existen muchas meningitis que son prolongadas y se puede plantear el diagnóstico "a posteriori".

LA HISTORIA

Tendremos en cuenta la historia anterior del paciente. En todas las estadísticas se confirma la existencia de pródromos, de los cuales ya hemos hablado: cefaleas, malestares abdominales, neuralgias, trastornos del carácter. Estos trastornos pueden preceder por meses al establecimiento del cuadro actual. En otras ocasiones, síntomas focales inician la sintomatología, como en una paciente nuestra que comenzó con una hemiplejía.

No siempre es así, pudiendo empezar el cuadro sin ninguna sintomatología previa; pero lo habitual, cuando media un interrogatorio exhaus-

tivo, es la presencia de síntomas precediendo en mucho a la enfermedad y a los cuales el paciente no había dado mayor importancia, como ser: astenia, malestar general, insomnio, cefaleas, irritabilidad.

En otras ocasiones la meningitis tuberculosa puede pasar desapercibida, como aconteció en una paciente nuestra, en la cual la medicación para su lesión pulmonar enmascaró una meningitis que fue descubierta por la aparición de síntomas de aracnoiditis espinal.

Toda esta sintomatología que precede al cuadro clínico no se ve, habitualmente, en la meningitis linfocitaria benigna, en la cual pueden existir antecedentes de zona, parotiditis, poliomiелitis, mononucleosis, Lep-tospira, etc.

El comienzo. No da elementos de valor importante en el diagnóstico, pues en ambos es agudo.

EL SINDROME MENINGEO

60 Generalmente se presenta más florido en las meningitis linfocitarias benignas.

El **síndrome febril no** es demasiado llamativo; tiene, sin embargo, valor, cuando nos encontramos frente a una situación diagnóstica dudosa, el estudiar la evolución posterior de la misma, que es transitoria en la meningitis linfocitaria y persistente en la meningitis tuberculosa. De ahí que algunos autores aconsejan, en cuadros no intensos, hacer un pequeño compás de espera antes de iniciar el tratamiento (120).

Los trastornos neurológicos asociados. Pueden ser sumamente valiosos cuando se presenta, como ser diplopía, certificando paresias oculares que, a veces, son precoces. Sin embargo, no todo cuadro meníngeo febril con paresias oculares es una meningitis tuberculosa, pues otros procesos encefálicos también se manifiestan en la misma forma.

En ocasiones, puede existir una hipertensión intracraneana que es la que marca la enfermedad.

Cuando la sintomatología es de tipo encefálico aislado, es sumamente difícil plantear el diagnóstico.

EL EXAMEN PULMONAR

La radiografía de tórax muestra frecuentemente lesiones de características bacilares. Una de las lesiones más comunes, que hemos observado en nuestros pacientes, han sido las siembras de tipo hematógeno, cuya expresión máxima la constituye la siembra miliar. En otras ocasiones se manifiestan lesiones úlcero-caseosas con signos de actividad o infiltrados más o menos activos y, rara vez, no hemos hallado ninguna lesión; sin embargo, en estos pacientes existía tuberculosis familiar.

La cutirreacción, que no tiene mayor valor, en un paciente que por su enfermedad puede presentarla negativa y que además, puede ser positiva en casos de meningitis linfocitaria, en los adultos.

EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Las proteínas. En los casos típicos la meningitis linfocitaria nunca presenta elevaciones de la albúmina que sobrepasen el gramo.

En la meningitis tuberculosa, en las formas clásicas, lo habitual es que los aumentos sean mayores que el gramo, pero este resultado tiene valor cuando es positivo y no cuando las proteínas del líquido tengan valores normales -como hemos visto en algunos de nuestros enfermos- planteando dudas con respecto al diagnóstico.

Los valores de **glucosa** son generalmente normales en la meningitis linfocitaria benigna, pero pueden también serlo en la meningitis tuberculosa en sus primeras etapas.

Lo mismo podemos decir de los **cloruros** que presentan sumo valor en el caso de las meningitis tuberculosas cuando se encuentran descendidos. Un elemento de importancia **es la búsqueda intensa del bacilo de Koch** en el líquido, lo que puede efectuarse por centrifugación prolongada, que según algunos autores (25) y nuestra experiencia, permite obtener un buen número de resultados positivos. Está de más decir que se debe hacer la inoculación y el cultivo del líquido para asegurar o descartar el diagnóstico. Se ha utilizado un método cataforético en la investigación del bacilo de Koch en los polos + y — (4). Según el autor citado, los resultados son discutibles.

Otros exámenes tienen suma importancia, como puede ser la concentración elevada de estreptomocina obtenida mediante el test de difusión, la prueba de Levinson que es positiva y la curva del oro coloidal que es anormal (80).

Además, la combinación de ciertas alteraciones del líquido cefalorraquídeo hablan muy a favor de una meningitis bacilar, así un aumento del contenido celular y de las proteínas, unido a un descenso de la glucosa, tiene suma importancia en un líquido claro.

Tiene también valor el aumento de células y de las proteínas por encima de un gramo, aunque la glucosa sea normal. En tales casos el índice de difusión, al estar alterado, señala perfectamente la meninge patológica.

Una tuberculosis miliar, unida a alteraciones del líquido cefalorraquídeo, es prácticamente una meningitis tuberculosa.

De igual manera, la asociación de una meningitis con tubérculos de la coroides frescos, tiene prácticamente un valor patognomónico de lesión meníngea bacilar.

En algunos casos de dudas, en las meningitis linfocitarias, se pueden obtener resultados positivos, por ejemplo, utilizando la búsqueda de la amilasemia o la reacción de inhibición de la aglutinación de los hemáticos por el suero infectado en el caso de la parotiditis; en la mononucleosis el test de Paul y Bunell, en la leptospirosis la aglutinación.

Hemos tenido oportunidad de plantear diagnósticos que aparentemente pueden ser disparatados, como ser:

Absceso cerebral frente a una meningitis con líquido a polinucleares, de comienzo agudo y síntomas importantes encefálicos; la neumocencefalografía permitió hacer el diagnóstico.

Con el hematoma subdural en otra paciente por la existencia de midriasis unilateral, Babinski contralateral y cefalea con somnolencia precediendo a este cuadro. La arteriografía y la ventriculografía permitieron descartar este cuadro.

En otra ocasión el diagnóstico fue de meningoencefalitis y sólo la evolución ulterior, mostrando modificaciones del líquido cefalorraquídeo propias de la meningitis bacilar, así como la aparición de síntomas comunes de la enfermedad? permitieron el diagnóstico.

En muchos casos el electroencefalograma puede proporcionar elementos de diagnóstico, especialmente al inicio de la afección o de potencial evolutivo en los estudios seriados.

En síntesis, es difícil que el estudio del líquido cefalorraquídeo, considerando lo expuesto anteriormente, la búsqueda del bacilo de Koch en

el mismo, la presencia de tubérculos de la coroides, las alteraciones electroencefalográficas, la existencia de bacilosis pulmonar o de otra localización, así como los antecedentes familiares y ambientales, no permitan una orientación segura en un paciente sospechoso de padecer una meningitis tuberculosa.