



A-22. - MENINGITIS AGUDA: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y BIOLÓGICAS SEGÚN SU ETIOLOGÍA

M. Díez Cornell¹, L. Cabrero Pascual¹, G. Baclini Rodríguez¹, E. Lambán Ibor¹, C. Ramos Paesa², P. Arazo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Describir las características de las meningitis agudas que ingresan en nuestra Unidad y valorar qué parámetros clínicos y biológicos podrían orientar el diagnóstico etiológico diferencial.

Métodos: Se recogen los pacientes que ingresan en E. Infecciosas con el diagnóstico de meningitis aguda en los años 2011 y 2012. Se definen las meningitis bacteriana y viral como aquellas que tienen con microorganismo demostrado mediante cultivo o PCR, y la aséptica la que no. Se recogen datos clínicos, analíticos de suero y LCR y microbiológicos. Se realiza una estadística descriptiva con nivel de significación $p < 0,05$, mediante el programa GStat 2.0.

Resultados: Se recogieron un total de 42 casos de meningitis aguda durante dos años. En el 50% (22) de los casos no se llegó a un diagnóstico microbiológico (asépticas). El tiempo de evolución de los síntomas hasta su ingreso hospitalario fue más corto en el caso de las meningitis bacterianas. La t^{a} corporal media fue de 38^o, con valores más altos en el grupo de las meningitis bacterianas (38,8 °C $p < 0,05$). En los análisis sanguíneos se observaron diferencias significativas en las cifras de leucocitos, siendo mayor en las meningitis bacterianas. La PCT, PCR, VSG y fibrinógeno mostraron cifras significativamente más elevadas en las meningitis bacterianas ($p < 0,05$). En el análisis del LCR se apreció una mayor leucocitosis en las bacterianas con una mediana de 420/mm³ respecto a 63 en las virales ($p < 0,05$). El cultivo del LCR fue positivo en el 71,43% de las meningitis bacterianas estableciéndose el diagnóstico en un caso de meningitis por *S. pneumoniae* mediante PCR de LCR. El 100% de las meningitis virales fueron por enterovirus y se diagnosticaron mediante PCR. Recibieron antibioterapia el 100% de las meningitis bacterianas y hasta un 63,64% de las asépticas (14 casos). El tratamiento con antivirales (aciclovir) se instauró de forma empírica en el 31,82% de las meningitis asépticas (7 casos) y en el 15% de las víricas (2 casos). La estancia media hospitalaria fue de 10 días, siendo mayor en las meningitis bacterianas y asépticas que en las víricas (14 vs 12 vs 2) ($p < 0,001$).

Discusión: Las meningitis agudas siguen planteando problemas a la hora de detectar el agente causal de forma precoz. El elevado número de casos sin diagnóstico microbiológico implica un mayor uso de tratamientos de forma empírica y mayor número de días de hospitalización, como hemos podido comprobar en nuestro estudio. Una de las causas de este problema es la obtención de muestras de LCR una vez que se ha iniciado algún tratamiento antibiótico, en muchos casos de forma empírica ante la presencia de fiebre y con la sospecha de un cuadro catarral o de infección

ORL. El uso de técnicas moleculares como la PCR de LCR, nos ha resultado de gran utilidad, ya además de diagnosticar muchos casos de meningitis viral nos puede ayudar en las meningitis bacterianas con baja carga bacteriana y cultivo negativo.

Conclusiones: 1. Las meningitis bacterianas presentan una clínica más florida que hace que los enfermos lleguen al hospital con menor tiempo de evolución. Un mayor nivel en sangre de leucocitos, neutrófilos, PCR, PCT y VSG, orientan hacia bacteriano. 2. En la mayor parte de las meningitis no se obtiene un diagnóstico microbiológico, lo que implica un mayor uso de antibióticos y antivirales empírico y estancia hospitalaria. 3. El uso de técnicas de biología nos puede ayudar a un diagnóstico etiológico y más rápido.