Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):162

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-101. - VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ADENOSIN DEAMINASA EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PARA MENINGITIS TUBERCULOSA

L. Ramos Merino, P. Vázquez Rodríguez, L. Castelo Corral, E. Sánchez Vidal, E. Míguez Rey, D. Alonso Mesonero, D. Sousa Regueiro, P. Llinares Mondéjar

Servicio de Medicina Interna e Infecciosas. Hospital Universitario A Coruña. A Coruña.

Resumen

Objetivos: Un valor elevado de adenosín deaminasa (ADA) en líquido cefalorraquídeo (LCR) es considerado un marcador rápido de meningitis tuberculosa (MTB), pero su utilidad es todavía incierta. El objetivo es determinar el punto de corte para meningitis tuberculosa y no tuberculosa (MNTB), y evaluar su valor en el diagnóstico diferencial de meningitis en un área donde la tuberculosis es prevalente.

Métodos: De los 1224 episodios de meningitis/meningoencefalitis diagnosticados entre 2002 y 2012, fueron incluidos en el análisis los 324 casos en los que el ADA había sido determinado. MTB fue definida como la presencia de ? 1 criterio de los siguientes: a. cultivo LCR positivo; b. meningitis y BAAR en tinción de LCR; c. meningitis asociada a tuberculosis en otra localización; d. evidencia clínica y/o de laboratorio de MTB, que mejora con tuberculostáticos. Tras comprobar la normalidad del valor de ADA con el test de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó la U de Mann-Whitney para la comparación de medias entre grupos. Para establecer los puntos de corte para diferenciar entre MTB y otros grupos de MNTB, se empleó el análisis ROC y el índice de Young. Se consideró resultado significativo p 0,05.

Resultados: Entre los 324 episodios incluidos, las etiologías fueron: 43 MTB, 39 meningitis bacterianas (16 Listeria, 9 neumococo, 14 otras bacterias piógenas), 18 meningitis purulentas sin microorganismo identificado, 42 meningitis víricas (14 enterovirus, 17 VHS, 10 VVZ, 1 VEB), 24 probables meningitis herpéticas, 121 meningitis asépticas resueltas sin diagnóstico definitivo, y 37 otras. Los valores de ADA fueron significativamente más altos en MTB que en el total de MNTB: 15 ± 12,5 versus 6,6 ± 7,4; p 0,001. En base a la curva ROC, el punto de corte ideal fue 7,37 (AUC = 0,824; ET = 0,032; p 0,001), el cual se asoció a una sensibilidad (S) del 84% y una especificidad (E) del 73%. Aumentar la especificidad al 85%, supuso una caída de la sensibilidad al 65%.

Conclusiones: 1. Aunque el ADA en LCR fue significativamente mayor en MTB que en MNTB, la especificidad del test para el punto de corte maximizado fue baja, sobre todo, a la hora de descartar infección bacteriana. 2. La infección por Listeria, que puede ser clínicamente indistinguible de la MTB, cursa con ADA alto en LCR, sin haberse encontrado un punto de corte que permita diferenciarlas. 3. El test puede ser útil, una vez descartada infección bacteriana, para descartar infección tuberculosa en casos de meningitis aséptica, especialmente, en la infección por enterovirus.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.