



## I-178. - ESTUDIO DESCRIPTIVO Y DE FACTORES PRONÓSTICOS DE LA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MENINGITIS TUBERCULOSA (MTB) EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN UN PERIODO DE 25 AÑOS

M. Lisa Gracia<sup>1</sup>, E. Cobo García<sup>1</sup>, S. Qiu Liu<sup>1</sup>, Z. Albines Fiestas<sup>2</sup>, C. Marcote Ibañez<sup>1</sup>, C. Salas Pelayo<sup>1</sup>, A. Arnaiz García<sup>3</sup>, M. Fariñas Álvarez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar las características epidemiológicas y clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y pronóstico de pacientes diagnosticados de meningitis tuberculosa (MTB) en un Hospital Universitario de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, Cantabria), entre el 1 de enero de 1989 y 12 de diciembre de 2014, diagnosticados de MTB. Se recogieron datos epidemiológicos, de diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se registraron un total de 72 pacientes, de los que 44 eran hombres, el 4,2% eran extranjeros y 5,6% procedían de otras comunidades autónomas. La edad media de los pacientes fue 42,09 (DE = 21,6 años). La estancia media hospitalaria fue de 34,85 (DE = 24,4 días). Los Servicios donde ingresaron los pacientes fueron: Medicina Interna (54,9% de los pacientes), Neurología (33,8%), Pediatría (9,9%) y Neurocirugía (1,4%). Quince pacientes (21,1%) precisaron ingreso en UCI. La afectación tuberculosa del sistema nervioso fue sola meníngea (82,9% de los casos), tuberculomas (8,6%) y aracnoiditis (1,4%). 21 (29,4%) pacientes, presentaban otra localización de la enfermedad además de en el SNC. La clínica al ingreso fue: febrícula (50,7%), cefalea (25,4%), afectación de pares craneales (16,9%) y deterioro general (7%). Durante el ingreso presentaron las siguientes complicaciones: crisis epiléptica (41,4%), hemiparesia (34,5%) y estupor (24,1%). El 13,4% de los casos, presentaron manifestaciones atípicas (meningitis rápidamente progresiva y demencia). El diagnóstico se realizó por la clínica en el 53,5% de los pacientes, y con ayuda de las pruebas de imagen (TAC/RMN) en el 46,5%. El hallazgo más frecuente en la TC/RMN fue la presencia de aracnoiditis basilar (36,7%). Respecto a los hallazgos en LCR: hiperproteorraquia en el 97,1%, aumento de células en el 88,2%, el 79,4% de las muestras tenían aumento del número de linfocitos, hipoglucorraquia en el 94,2% de los pacientes y la media del ADA fue 13,67 ( $\pm$  8,08). El Ziehl en LCR fue negativo en 66 (93%) pacientes mientras que la PCR de M. tuberculosis fue positiva en 9,9% de los pacientes y el cultivo de M. tuberculosis lo fue en 18,3%. El Mantoux fue positivo en 15 (21,1%) de los pacientes, mientras que sólo se realizó Quantiferon en 5 (6,94%) de los pacientes, siendo positivo en 2 (40%) de ellos. 22 (31%) pacientes tenían infección VIH. Respecto al tratamiento: isoniacida fue administrada durante  $8,6 \pm 5,09$  meses, rifampicina

durante  $8,2 \pm 5,1$  meses, pirazinamida durante  $3,9 \pm 3,6$ , etambutol durante  $4,5 \pm 6,04$  meses, estreptomina durante  $1,3 \pm 0,7$  meses y quinolonas durante  $21 \pm 24,04$  días. El 40,6% de los pacientes recibieron además glucocorticoides. En el 2,1% de los pacientes fue necesario realizar cirugía de drenaje ventricular. Un paciente fue diagnosticado de MTB multirresistente. La mortalidad fue del 11,3%, siendo factores pronósticos: la necesidad de ingreso en UCI (5,42,  $p < 0,020$ ), la infección tuberculosa primaria del SNC (5,241,  $p < 0,022$ ), la aparición de manifestaciones atípicas (OR 9,1,  $p < 0,028$ ) y la positividad del cultivo de BK (OR 7,99,  $p < 0,005$ ).

*Conclusiones:* 1). En nuestra serie más de una cuarta de los pacientes con MTB presentó al menos un foco distinto al SNC de enfermedad tuberculosa. 2). Los métodos diagnósticos más accesibles fueron poco rentables: cultivo del LCR positivo en un 18,3% de los casos, y Mantoux positivo en un 21,1%. 3). El tratamiento administrado y la duración fue muy heterogéneo. 4) A pesar de los tratamientos efectivos la mortalidad sigue siendo alta (11,3%). 5). La necesidad de ingreso en UCI, la infección tuberculosa primaria del SNC, la aparición de manifestaciones atípicas (meningitis con rápida evolución y demencia progresiva) y la positividad del cultivo de micobacterias se asociaron con una mayor mortalidad.