



<https://www.revclinesp.es>

I-HIV-010 - UTILIDAD DE ADA EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

A. Martín Hermida, M. Arroyo Gallego, M. Hernández Olmedo, J. Bayona León, M. Sánchez Robledo, J. Ballano Rodríguez-Solís, J. Torres Yebes y R. Heranz Serrano

Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid).

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar el diagnóstico final de los casos clínicos con elevación de ADA en líquido cefalorraquídeo. Se consideran elevados niveles mayores de 10 UI/L.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de los casos clínicos con ADA mayor de 10 U/L en líquido cefalorraquídeo desde octubre de 2008 hasta septiembre de 2016 en nuestro Centro.

Resultados: Se analizaron un total de 14 pacientes, 7 varones y 7 mujeres, con edades comprendidas entre los 2 meses y los 84 años (mediana 44 años). Se realizaron diferentes diagnósticos de índole muy variada en estos 14 casos, que reflejamos a continuación. En el espectro infeccioso, recogemos 2 casos de probable meningitis tuberculosas (ambas con cultivo negativo), 1 caso de meningitis vírica no definida, 1 caso de meningitis aguda bacteriana por *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en paciente con antecedente de piomiositis paravertebral, 1 caso de meningitis aguda bacteriana decapitada, 1 caso de meningitis aguda tras anestesia intrarraquídea (cultivo negativo, sin que se solicitara cultivo específico para BAAR) y 1 síndrome febril en un lactante menor de 3 meses. Además, se recogen diversos casos de patología neurológica aguda, tales como: 1 caso de encefalopatía anóxica por traumatismo craneoencefálico grave y parada cardiorrespiratoria recuperada, 1 caso de posible amnesia global transitoria en paciente con estatus migrañoso, un caso de cefalea de características tensionales y un posible síndrome de Devic. Por último, encontramos 3 cuadros englobados en pacientes con sospecha de deterioro cognitivo definidos del siguiente modo: un caso con diagnóstico de síndrome confusional agudo en probable relación con benzodiazepinas, un caso de deterioro neurológico a estudio y un caso de demencia rápidamente progresiva, posiblemente por cuerpos de Lewy. En cuanto a las características del líquido cefalorraquídeo, añadir que dos de ellos fueron descritos como hemáticos. Sólo se realizaron cultivos en 11 de estos 14 pacientes, resultando negativos en 10 de ellos; de los cuales sólo en 2 se había solicitado cultivo específico para micobacterias. Un único cultivo resultó positivo, con aislamiento de *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. No existe evidencia de patología tumoral en ninguno de los casos analizados (ni en el momento del diagnóstico, ni en los datos actuales de estos pacientes disponibles en nuestro Centro). Los estudios anatopatológicos realizados describen linfocitosis inespecífica.

Discusión: A pesar de que en la literatura se considera un valor de ADA mayor de 10 U/L altamente sugestivo de meningitis tuberculosa, en nuestra serie, aunque limitada por el número de muestra, sólo hemos encontrado evidencia de enfermedad tuberculosa en 2 casos (14% de los estudiados), ambos sin confirmación microbiológica. En la literatura se describen valores elevados de ADA en casos de neurobrucelosis, diseminación meníngea, de un linfoma o leucemia, y con menor frecuencia, en casos de meningoencefalitis

por VHS, VVZ y enterovirus. En nuestro estudio no se han dado dichos diagnósticos, pero sí se recogen casos relacionados con patología neurológica aguda compleja.

Conclusiones: Serían necesarios estudios más amplios para determinar la verdadera utilidad de la elevación de ADA en líquido cefalorraquídeo, tanto en el estudio de la enfermedad tuberculosa como en su posible relación con otro tipo de procesos.