

8.2. MENINGITIS LINFOCITARIAS

Juan Diego Ruiz-Mesa¹, Lucia García Trujillo² y Inmaculada de Toro³

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Neurología² y Servicio de Microbiología³.

1. Introducción.

Las meningitis linfocitarias o “meningitis a líquido claro”, vienen definidas por la inflamación de las meninges, con aumento de celularidad de predominio linfocitario en líquido cefalorraquídeo (LCR). El síndrome meníngeo (cefalea, rigidez de nuca, fotofobia, náuseas, vómitos) no permite distinguir la meningitis vírica de la bacteriana.

2. Etiología.

2.1 Etiología	
Víricas	- <i>Enterovirus</i> (cosakie A y B y <i>Echovirus</i>), <i>herpesvirus</i> (VHS-1, VHS-2, varicela-zóster, CMV, VEB, HHV-6), <i>VIH</i> , <i>arbovirus</i> , <i>parotiditis</i> , <i>influenza</i> , <i>adenovirus</i> , virus de la coriomeningitis linfocitaria, etc. - Patógenos emergentes: Virus de la Toscana (VTOS) y Nilo Occidental (WNV)
Tuberculosa	- <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Fúngica	- <i>Cryptococcus neoformans</i>
Bacteriana	- Meningitis parcialmente tratada, <i>Listeria</i> , <i>Espiroquetas</i> (sífilis, Lyme), <i>Coxiella</i> , <i>Rickettsia</i> , endocarditis bacteriana, focos parameníngeos.
No infecciosa	- Neoplasia (linfomas), sarcoidosis, fármacos (AINEs, cotrimazol, anticuerpos OKT3, etc...)

3. Pruebas diagnósticas.

3.1 Pruebas complementarias	
Analítica	- Hemograma, coagulación, bioquímica (PCR y procalcitonina) - Serología (pareadas) - Básica: HSV, VEB, CMV, VIH, Sífilis (Ac totales y RPR) - Especial: (según contexto epidemiológico) <i>Coxiella burnetti</i> , <i>Brucella</i> , <i>Rickettsia conorii</i> , <i>borrelia burgdoferi</i> , <i>Leptospira</i> (contacto con ratas o roedores silvestre), parotiditis (en caso de no vacunados) - Quantiferon-TB : En caso sospecha TBC
Hemocultivos	Realizar siempre
LCR	- Tinción gram y auramina - Cultivo standard y Lowenstein . PCR a <i>Mycobacteria</i> (Bajo VPN) - ADA : > 10 U/L (Tuberculosis, neurobrucelosis, menos frec en HSV, VVZ y enterovirus)
	- Latex criptocococo y/o tinción tinta china : VIH o inmunosuprimidos
	- Serología a VHS, adenovirus, CMV, enterovirus, VEB, VVZ, virus de la parotiditis, sarampión, WNV, virus Toscana - PCR a enterovirus, HSV, CMV, VEB, toxoplasma y TBC - PCR RT cualitativa : <i>N. Meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , y <i>L. Monocytogenes</i> - PCR multiplex : 14 patógenos (bacterias, virus y hongo)
Neuroimagen	- TAC craneal : (realizar antes de punción lumbar) - RNM cerebral con gadolinio : Descartar complicaciones

4. Tratamiento empírico.

Siempre hay que intentar llegar al diagnóstico etiológico de las meningitis, ya que puede evitar al paciente tratamientos antibióticos y pruebas molestas innecesarios, o la prolongación de la hospitalización. El tratamiento empírico debe dirigirse a las causas graves y potencialmente tratables que pueden presentar mala evolución si se demora el tratamiento.

Tratamiento empírico de meningitis linfocitaria (*)		
LCR con características de meningitis viral	Enterovirus (<i>Cosakie A y B</i>)	Antitérmicos y analgésicos
	VHS, VVZ; VEB	Aciclovir
	CMV, HHV6 (inmunodeprimidos)	Ganciclovir o Foscarnet
LCR con características de meningitis parcialmente tratada	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	Ceftriaxona/ Cefotaxima + Ampicilina
LCR con glucorraquia baja	<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina ± Gentamicina
	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	- Fase inducción: Isoniacida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol (2 meses) - Fase mantenimiento: Isoniacida + rifampicina (7-10 meses)
	<i>Criptococcus neoformans(**)</i>	- Fase inducción: Anfotericina B liposomal + flucitosina - Fase consolidación y mantenimiento: Fluconazol

(*) Ver dosificación de antimicrobianos en SNC

(**) Inmunosuprimidos. VIH