

MENINGITIS TUBERCULOSA DURANTE LA GESTACIÓN.

Cano, S; Reus, A; Pereda, A; Álvarez, V; Girvent, M; Bermúdez, JR; Ojeda, F. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers (Barcelona).

INTRODUCCIÓN.

La meningitis tuberculosa es una manifestación infrecuente de la infección tuberculosa. Requiere un diagnóstico precoz e instauración rápida del tratamiento, ya que la mortalidad puede alcanzar un 90% durante los primeros días.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, primigesta de 24 SA, natural de Marruecos y residente en Montornés (BCN) desde hace 1 año. Ingresa por un cuadro de epigastralgia, intolerancia alimentaria, sin respuesta a Doxilamina succinato, y cefalea de una semana de evolución.

Como antecedentes destaca ingreso a las 11 SA por hiperemesis gravídica leve e hipertiroidismo, que se controló con Propiltiouracilo (que abandonó por su cuenta al cabo de un mes).

Durante el actual ingreso, presentó fiebre irregular 38-39°C, cefalea, trastornos conductuales que evolucionaron a deterioro del nivel de conciencia y aparición de diplopía. **Exploración física:** estado general afectado, normotensa, taquicárdica, agitación psicomotriz, rigidez de nuca, paresia VI pc bilateral (paresia versión externa), paresia III pc derecho y midriasis derecha. Cardiorrespiratorio sin alteraciones. **Analítica sangre:** hemograma normal, glucosa basal 114 mg/dL, ionograma Na⁺ 133mEq/L, K⁺ 3.1mEq/L, hormonas tiroideas dentro normalidad. **Serologías:** HIV, VHC, VHB, Lues, Toxoplasmosis negativas. **PPD:** negativa. **Hemocultivos:** negativos. **Radiografía de tórax:** sin alteraciones. **PL:** 640 cel/mm³, L 3.94 %, S 6%, Prot 96.3mg/dL, Glucosa 24 mg/dL, ADA 11 UI/L (elevado). **RMN:** captación meníngea de la arteria cerebral media derecha (a nivel parasagital y seno cavernoso derecho). No abscesos.



Fig 1. RMN Diagnóstica



Fig 2. RMN Control

Orientación diagnóstica: meningitis tuberculosa estadio III. Se inicia **tratamiento** tuberculostático con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida durante 2 meses, y antiinflamatorio con corticoides (betametasona) con desaparición progresiva de la fiebre, clínica neurológica y mejoría del estado general. La RMN de control mostró resolución completa de

las lesiones. El tratamiento continuó con Isoniacida y Rifampicina hasta completar los 6 meses.

En el estudio de contactos se detectó como fuente de infección un familiar directo con Tuberculosis pulmonar bacilífera.

Evolución de la gestación: satisfactoria, con biometrías fetales correctas. Parto eutócico a las 40 semanas de gestación, obteniéndose un varón, PN 2800 g (p10-25), pH cordón A 7.25- V 7.26. Se descartó tuberculosis neonatal, PPD negativo, radiografía de tórax sin alteraciones, ecografía abdominal anodina, cultivo LCR y aspirado gástrico negativos. Se inicia tratamiento quimioprofilaxis con Isoniacida 10 mg/kg/día. Placenta sin alteraciones.

COMENTARIOS.

- La Meningitis tuberculosa es una enfermedad de evolución insidiosa, de difícil diagnóstico y que precisa tratamiento precoz para disminuir la elevada tasa de mortalidad.

- Si la enfermedad se produce en una gestante, puede aumentar el riesgo de muerte fetal y aumentar la incidencia de CIR. No se ha descrito aumento de prematuridad. No está indicado finalizar antes la gestación.

- El único fármaco de primera línea contraindicado es la Estreptomicina, por ototoxicidad fetal.

- No está contraindicada la lactancia materna.

- No se ha descrito aumento de Tuberculosis congénita si se instaura tratamiento precoz y continuado; aunque se debe realizar siempre estudio en el neonato para descartarla. El recién nacido ha de realizar quimioprofilaxis primaria con Isoniacida.

BIBLIOGRAFÍA.

- Prevost MR, Fung Kee Fung KM. Tuberculous meningitis in pregnancy. Implications for mother and fetus: case report literature review. J. Matern Fetal Med. 1999 Nov-dec;8(6):289-94.

- Jana N, Vasishta K, Saha SC, Ghosh K. Obstetrical outcomes among women with extrapulmonary tuberculosis. N Engl J Med 1999;341:645-649.