



<https://www.revclinesp.es>

## I-033 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MENINGITIS Y ENCEFALITIS DE PREDOMINIO LINFOCITARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Ferre Beltrán<sup>1</sup>, F. Fanjul Losa<sup>1</sup>, H. Vílchez Rueda<sup>1</sup>, P. Salvà d'Agosto<sup>1</sup>, T. Janer Maeso<sup>2</sup>, A. Santos P. da Silva Martins<sup>1</sup>, A. Arteaga Luján<sup>1</sup> y M. Riera Jaume<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de las meningitis-meningoencefalitis linfocitarias. Analizar el posible impacto en secuelas neurológicas y mortalidad del retraso en la administración de aciclovir en las meningoencefalitis herpéticas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adultos ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de meningitis-meningoencefalitis linfocitaria ( $\geq 5$  leucocitos/ $\mu$ L y  $\geq 50\%$  linfocitos en líquido cefalorraquídeo) en el periodo 01/01/2010-31/12/2015 en el Hospital Universitario Son Espases. Se excluyen pacientes con antecedentes de intervención neuroquirúrgica. Se analizaron los datos con SPSS23.

**Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes, con edad media de 43,7 años (DE 17), siendo 59,1% varones. Un 39,5% presentaban cierto grado de inmunosupresión: infección por VIH (17,2% -10,7% no conocida-), tratamiento inmunosupresor (9,7%), enfermedad oncohematológica activa (7,2%) y diabetes mellitus (5,4%). Se identificó etiología en el 59,2% de los casos: 14 (15,1%) familia Herperviridae (VVZ 4,3%; VHS-1 3,2%; VHS-2 3,2% y probable 4,3%), 9 (9,6%) enterovirus, 9 (9,6%) Mycobacterium tuberculosis, 5 (5,3%) Coxiella burnetii, 4 (4,3%) Cryptococcus neoformans, 3 (3,2%) VIH, 1 (1,1%) Listeria monocytogenes, 1 (1,1%) Borrelia burgdorferi, 1 (1,1%) Rickettsia conorii, 1 (1,1%) Gripe B y 7 (7,5%) de etiología no infecciosa. La clínica más frecuente fue cefalea (72%), fiebre (65,6%), náuseas (46,2%), alteración del nivel de conciencia (35,5%), focalidad neurológica (32,6%), sono-fotofobia (30%), meningismo (24,4%) y crisis comiciales (14%). Se realizó TC craneal en el 86% de los pacientes (siendo patológico el 11,2% de los realizados), RMN cerebral en el 50,5% (anormal en el 59,6% de éstos) y electroencefalograma en un 34,4%, siendo patológico el 72,1% de los realizados. La glucorraquia media fue de 59,4 mg/dL (SD 17,7) y la proteinorraquia de 1,2 g/L (DE 1,3). El 67,7% ingresó en Medicina Interna, 17,2% en Neurología y 15,1% en otros servicios. El tiempo medio entre el inicio de la clínica y la llegada a Urgencias fue 6,2 días (DE 8,6). El 62% recibió tratamiento inicial con aciclovir, 51,1% antibioterapia empírica y 34,5% corticoterapia. Un total de 5 (5,4%) fueron exitus, 14 (15,1%) ingresaron en UCI y 26 (28%) presentaron secuelas neurológicas al alta. La tasa de reingreso a 60 días fue del 10,2%. En el análisis univariante, se asociaron a presentar secuelas neurológicas el tener enfermedad oncohematológica activa (OR = 7,73, p = 0,017) y/o focalidad neurológica al ingreso (OR = 3,65, p = 0,007); mientras que hubo mayor tasa de exitus en los enfermos oncohematológicos (OR = 31,13, p = 0,003). Dentro de las 14 (15,1%) meningoencefalitis herpéticas, no hubo ningún exitus. Un intervalo de tiempo "llegada a urgencias" - "primera dosis de aciclovir" > 12 horas se asoció con mayor prevalencia de secuelas (75% vs 33%), sin llegar a ser significativo (OR = 6, p = 0,21).

*Discusión:* Un 40,8% de los pacientes ingresados por meningitis-encefalitis de predominio linfocitario quedan sin diagnóstico etiológico en nuestro centro. A diferencia de otros trabajos recientemente publicados (Jarrin et al, 2016), el porcentaje de meningitis por enterovirus fue significativamente menor (9,6 vs 20%), posiblemente debido a la introducción tardía de la PCR en LCR para enterovirus en nuestro centro y la exclusión de la población pediátrica en nuestro estudio.

*Conclusiones:* Dentro de los diagnósticos realizados destaca un 5,3% de infecciones por Coxiella burnetii, así como el 10,7% de infecciones por VIH no conocidas. Recibir la primera dosis de aciclovir > 12 horas tras la llegada a Urgencias, podría asociar un mayor riesgo de presentar secuelas neurológicas, sin alcanzar en nuestro estudio la significación estadística.