

Meningitis neutrofílica persistente y abscesos cerebrales en varón con sarcoidosis pulmonar y tratamiento esteroide

J. M. Prieto de Paula, M. Folgueral Pérez*, J. Galán Ramos* y J. Cosín Ochaíta**

Servicios de Medicina Interna y *Radiodiagnóstico. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos).

**Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Caso clínico

Se trata de un varón de 28 años diagnosticado de sarcoidosis pulmonar en estadio II de Scadding por la presencia de un patrón reticulonodular predominante en campos pulmonares superiores, adenopatías paratraqueales e hiliares bilaterales, valores altos de la enzima convertidora de la angiotensina y cambios histológicos típicos en la biopsia pulmonar obtenida mediante toracoscopia. Se inició tratamiento con 60 mg diarios de prednisona. A los 40 días el paciente comenzó con cefalea frontal, fiebre y rigidez de nuca. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró la presencia de 2.150 leucocitos (95% polinucleares), 32 mg/dl de glucosa (114 mg/dl en sangre), 0,8 g/l de proteínas y 1 U/l de adenosín desaminasa (ADA). Las tinciones de Gram, Ziehl-Nielsen y tinta china fueron negativas, así como los cultivos convencionales, para hongos y micobacterias. Igualmente negativas fueron las aglutinaciones frente a los antígenos capsulares del meningococo, neumococo y *Haemophilus influenzae*, así como frente a *Brucella*, *Coxiella burnetti*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia*, *Legionella*, *Borrelia*, criptococo y cisticerco. Se instauró tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y dexametasona, sin que hubiera mejoría clínica y con persistencia de las alteraciones licuorales. La resonancia magnética reveló dos lesiones ocupantes de espacio: una en lóbulo temporal izquierdo, hiperintensa, con una zona central hipointensa (fig. 1) y que tras administración de gadolinio intravenoso muestra captación en anillo (fig. 2), y otra de similares características en hemisferio cerebeloso derecho. En la tabla 1 se exponen los parámetros más significativos y el desarrollo inicial del caso.

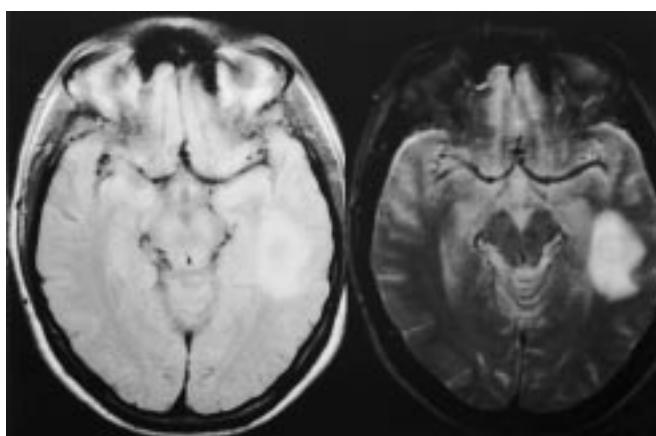


Fig. 1.

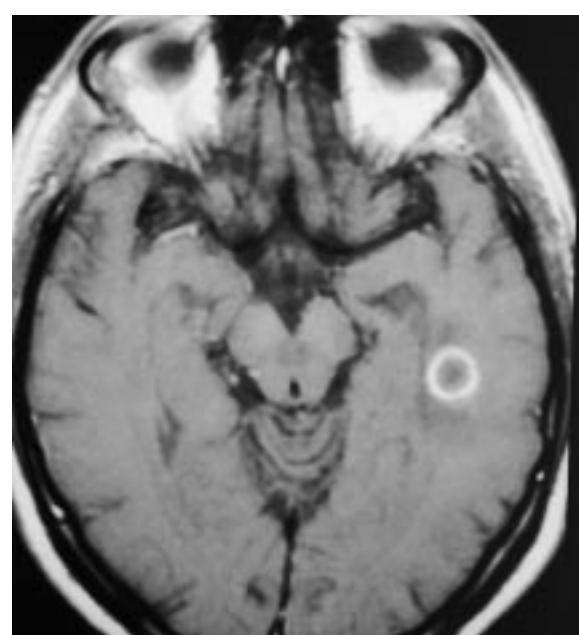


Fig. 2.

TABLA 1
Parámetros más significativos y desarrollo inicial del caso

	PL (días evolución)			
	1. ^a	2. ^a (10 días)	5. ^a (90 días)	7. ^a (108 días)
Células (%PMN)	2.150 (95)	1.550 (70)	1.200 (80)	550 (85)
Proteínas	0,8	2,9	2	0
Glucosa	32	13	26	2
Cultivo y Low. RMN	Negativo	Negativos Dos lesiones ocupantes de espacio en lóbulo temporal izquierdo y hemisferio cerebeloso derecho	Negativos Captación anular de 2 mm en zona quiasmática izquierda	Negativos Captación meníngea basal
Tratamiento	Cefotaxima + ampicilina	Ceftriaxona + MTNZ + DXM + DFH + anti-TBC	Imipenem + ampicilina + DXM + DFH + anti-TBC	Anti-TBC. Se suspenden antibióticos
Clínica	Cefalea y fiebre	Crisis parciales	Cefalea	

PL: punción lumbar; PMN: polimorfonucleares; RMN: resonancia magnética nuclear; MTNZ: metronidazol; DXM: dexametasona; DFH: difenilhidantoína; anti-TBC: tuberculostáticos.

Evolución

Tras reiterados cultivos negativos se decide la suspensión de antibióticos para testar de nuevo el LCR sin medicación. A los 19 días se detecta crecimiento de *Nocardia* sp. en el LCR, cuatro meses después de iniciada la clínica neurológica. Se instauró tratamiento con meropenem, cotrimoxazol y, posteriormente, minociclina, con lo que 45 días después se normalizaron el LCR y las pruebas de imagen y desaparecieron las alteraciones clínicas.

Juicio diagnóstico

Meningitis y abscesos cerebrales por *Nocardia* sp. Sarcoidosis pulmonar (estadio II). Tratamiento esteroide.

Comentario

La nocardiosis es una infección oportunista que afecta preferentemente a pacientes con enfermedades graves y/o que reciben tratamiento prolongado con esteroides. En la mayoría de las situaciones subyacentes existen trastornos de la inmunidad celular¹. Aunque la manifestación clínica inicial de la nocardiosis suele ser pulmonar, a veces la enfermedad comienza con semiología neurológica debido al especial tropismo que la *Nocardia* tiene por el sistema nervioso central².

El concepto de meningitis neutrofílica persistente fue acuñado por Peacock et al^{3,4} en 1984 para designar un grupo muy infrecuente de meningitis caracterizadas por pleocitosis neutrofílica (superior al 50%), hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia persistentes durante

más de una semana a pesar de haber realizado el tratamiento antibiótico convencional frente a los gérmenes habituales (*Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*) y siempre que no se hubiera llegado al diagnóstico etiológico con los métodos microbiológicos ordinarios.

Aunque alguna vez puede tener causas no infecciosas, en la mayoría de los casos la meningitis neutrofílica persistente está originada por gérmenes como *Nocardia* sp, *Actinomyces* sp, *Brucella*, determinados tipos de hongos y, más raramente, *Mycobacterium tuberculosis*⁵. Por ello es aconsejable un tratamiento empírico que incluya cotrimoxazol y anfotericina B en aquellos casos de mala evolución y en especial cuando la enfermedad aparece sobre una inmunosupresión subyacente.

El considerable retraso diagnóstico acaecido en este paciente se explica, a nuestro juicio, por la ausencia de sospecha etiológica al inicio del proceso, la rápida desaparición de los abscesos, que impidió el estudio microbiológico de los mismos, y por la antibioterapia prescrita a lo largo de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ausina V, Matas L, Coll P, Sambeat A, Verger G, Prats G. Nocardiosis en enfermos inmunodeprimidos. Med Clín (Barc) 1985; 84:90-95.
2. Kontoyiannis DP, Ruoff K, Hooper DC. Nocardia bacteremia. Report of 4 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1998; 77:225-267.
3. Peacock JE Jr, McGinnis MR, Cohen MS. Persistent neutrophilic meningitis. Report of four cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1984; 63:379-395.
4. Peacock JE Jr. Persistent neutrophilic meningitis. Infect Dis Clin North Am 1990; 4:747-767.
5. García-Casasola G, Roca V, Sánchez Portocarrero J, Saldaña C, López de Andrés M. Meningitis purulenta persistente y abscesos cerebrales múltiples por *Nocardia asteroides*. Enf Infect Microbiol Clín 1991; 9:511-512.