

Respuesta a la carta sobre las limitaciones del diagnóstico de meningitis tuberculosa



Answer to diagnostic limitations in tuberculous meningitis

Sra. Editora:

La meningitis tuberculosa constituye un reto diagnóstico, dadas las limitaciones de las pruebas microbiológicas. La sensibilidad del cultivo es muy baja (20%), y aunque las técnicas moleculares se han perfeccionado en los últimos años, su sensibilidad en el líquido cefalorraquídeo es del 60-70%¹. Debido a estas limitaciones, en nuestro estudio² utilizamos los criterios definidos en un consenso, creado precisamente con el objetivo de facilitar la definición y la comparación en la investigación clínica³. Centrarnos solo en los casos confirmados microbiológicamente hubiera incorporado un sesgo muy importante, excluyendo muchos de los casos y haciendo la cohorte no comparable con la práctica clínica, además de impedir la comparación entre períodos, ya que las técnicas moleculares se incorporaron y evolucionaron a lo largo de los años del estudio. De todas formas, hemos realizado la comparación entre los casos confirmados microbiológicamente y los que no, y no hemos encontrado diferencias significativas en mortalidad (13/60 [21,7%] vs. 10/75 [13,3%], $p=0,20$), ni en secuelas (14/39 [35,9%] vs. 12/53 [22,6%], $p=0,163$).

Bibliografía

1. Huynh J, Donovan J, Phu NH, Nghia HDT, Thuong NTT, Thwaites GE. Tuberculous meningitis: Progress and remaining questions. *Lancet Neurol*. 2022;21:450–64, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00435-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00435-X).

2. Guillem L, Espinosa J, Laporte-Amargos J, Sánchez A, Grijota MD, Santin M. Mortality and sequelae of tuberculous meningitis in a high-resource setting: A cohort study, 1990-2017. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2024;42:124–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimce.2023.01.005>.
3. Marais S, Thwaites G, Schoeman JF, Török ME, Misra UK, Prasad K, et al. Tuberculous meningitis: A uniform case definition for use in clinical research. *Lancet Infect Dis*. 2010;10:803–12.

Lluïsa Guillem^{a,*} y Miguel Santín^b

^a Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari de Bellvitge-Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Unidad de Tuberculosis, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari de Bellvitge-Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); Departamento de Ciencias Clínicas, Universitat de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lui.gui.ti@gmail.com (L. Guillem).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.04.007>

0213-005X/ © 2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.