

MENINGITIS TUBERCULOSA Y EMBARAZO

2812

* Dr. Abel Meléndez E.
** Dr. Alfonso Velasco R.

REPORTE DE UN CASO

Durante la práctica diaria en el Hospital, es posible que se presenten situaciones que son raras y que por lo mismo es interesante reportarlas.

El presente caso se suscitó, durante nuestro trabajo como residentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito.

La Meningitis Tuberculosa como es sabido, es una inflamación debida a la penetración del bacilo de Koch en los espacios subaracnoideos procedente de otros focos. Rara vez el ataque meníngeo constituye el episodio tuberculoso primitivo. En los adultos la mayor frecuencia está entre los 20 y los 30 años (1). Fisher en 260 casos halla 57, que se encuentra en el cuarto decenio de la vida. 18 en el quinto, siendo el paciente más viejo de 78 años (1). No hay predilección por los sexos, Still reporta 77 varones y 73 mujeres (1).

En 78 casos reportados de tuberculosis de 1970 a 1974 en el Henry Ford Hospital (Detroit), solo el 1.8 o/o fueron bacteriológicamente demostrados, con localización en las meninges (2); de éstos sólo un caso correspondió a un infante de 6 meses. En niños la diseminación miliar ocurre en un 25 o/o. En otra serie estudiada por Arthur y Cois, de 109 pacientes tuberculosos, en 17 se diagnosticó meningitis (8). Se han reportado también en la literatura mundial de absceso tuberculoso cerebral. Según Whitener sólo 57 se pudieron revisar (7). Dentro de las formas de tuberculosis que afectan al Sistema Nervioso Central la Meningitis es la más frecuente (7).

La tuberculosis pulmonar activa no tratada en el embarazo, conlleva el mismo peligro de diseminación que en la no embarazada, es alrededor del 15 o/o (4). La tuberculosis congénita puede ocurrir cuando hay diseminación hemató-

gena desde la madre o más comunmente por aspiración o inhalación del bacilo en un líquido amniótico infectado antes o durante la labor. La reactivación puede ser en un 5 a 10 o/o (12). Se cree que la enfermedad tuberculosa milliar en el embarazo tiende a ocurrir durante el curso del primer trimestre o en el puerperio, es cuando podría aparecer infección en las Meninges (5).

La tuberculosis sin tratamiento durante el embarazo puede llevar a complicaciones desastrosas en la madre, especialmente si el diagnóstico se retarda (5). La enfermedad decurre siempre con el cuadro clínico típico, independientemente del embarazo. Se han referido también algunos casos de tuberculosis en la placenta, que es rara en extremo y se presenta siempre en la porción fetal. Whitman y Greene en 1922 recopilaron 44 casos. Shaffer en 150 placentas de mujeres tuberculosas, solo encontró una con infección (6). De lo que se estima que la infección tuberculosa en el recién nacido es casi inexistente.

La paciente estudiada fue una mujer de 23 años de edad, de ocupación agricultora, que ingresa a la sala de emergencias el 9 - VI - 1975, a las 11:20 a.m. con el diagnóstico de sufrimiento fetal y toxemia severa; no tiene antecedentes patológicos personales, ni familiares de importancia y los antecedentes gineco-obstétricos son: menarquía a los 14 años, tipo menstrual de 28/3; es primigesta y la última menstruación data del mes de febrero de 1975. Al ingreso, está semiobnubilada y 8 días antes del ingreso presentó cefalea fronto-occipital, mareo, obscurecimiento visual, artralgias generalizadas, malestar general y fiebre alta. Al examen físico: temperatura bucal de 38.4°C, presión arterial de 140/110, pulso 120 por minuto, deshidratación, signos meníngicos; útero gestante de aproximadamente 32 semanas, edema de extremidades inferiores, hiper-reflexia osteotendinosa marcada. A las 12:45 p.m. en salas de partos se establece que no existe labor, que el feto tiene 152 latidos cardíacos por minuto, que no hay modificaciones cervicales, que las membranas están íntegras; se piensa que existe un cuadro infeccioso que está por determinarse. Se indican 2.000c.c de líquidos parenterales más

10 millones de penicilina en cada dextrosa, sedación mediante fenobarbital por razones necesarias.

El 10 - VI - 1975 se encuentra desorientada, es manejada en el servicio de patología Obstétrica, la temperatura es de 35.5°C, la frecuencia cardíaca de 60 por minuto, los signos meníngicos han disminuido en intensidad, la hiporeflexia es manifiesta y generalizada; feto vivo. Los exámenes revelan leucocitosis y desviación a la izquierda, bacteriuria, se indica realizar punción lumbar y examen del líquido cefalo-raquídeo. El 11 - VI - 1975 a las 8:00 a.m. se realiza la misma, obteniéndose líquido opalescente, sin aumento de la presión. A las 10:00 a.m. presenta signos de parálisis progresiva que luego se hace generalizada. Utero inactivo, ruidos fetales normales. Los resultados de pruebas de aglutinación el el suero son negativas. Se continúa con el mismo tratamiento indicado. A las 17:30 p.m. se conoce el resultado del estudio del líquido cefalorraquídeo: células 138; Pandy: + + + +; Glucosa 5 mg; Cultivo: negativo. La paciente en estado de coma, presión arterial de 140/100, no se ausculta latido fetal, arreflexia total. Al tacto vaginal, cervix dilatado 1 cm. borrado en en 30 o/o, presentación pelviana. A las 18:15 p.m. Fallece, se comprueban signos clínicos de muerte; latidos fetales presentes. Se realiza cesárea post-mortem obteniéndose un producto vivo de sexo femenino. La intervención quirúrgica se realiza en la cama de la paciente. El feto es de 32 semanas de gestación; peso: 1.650gm talla: 46 cm; perímetro cefálico: 29cm; perímetro torácico: 26 cm; A P G A R: 5 al minuto. El estado al nacer y la evolución posterior del producto fueron satisfactorios, egresando del Hospital en buenas condiciones de salud.

Se realizó el estudio anatomopatológico encontrándose: Las meninges engrosadas, blanquecinas con nódulos pequeños, blanquecinas, irregulares, bien limitados, de consistencia dura, los mismos que se encuentran también en la superficie temporal y frontal del encéfalo; por la cara ventral cubriendo al cerebelo, vermix, amígdalas hay abundante material fibrino purulento de color verde sucio y aspecto mucoso. En el diafragma

y pulmón izquierdo, nódulos blanquecinos de las mismas características, además paquipleuritis.

Al examen microscópico: en la cortical y meninges, necrosis eosinófila, infiltrado difuso y abundante de polimorfonucleares y nidos de células epiteloides con pocas células gigantes multinucleadas del tipo Langhans, no hay necrosis caseosa. En el pulmón la mayor parte del parénquima corresponde a nódulos bien delimitados de tejido fibroso, formados por células epiteloides, células gigantes y necrosis caseosa inicial en la porción central. En el diafragma iguales lesiones.

Aunque la escasez de bibliografía respecto al tema, nos limita la ampliación de las consideraciones en relación con el caso, es conveniente que expongamos algunos comentarios:

Es verdaderamente una vivencia dramática la historia de la paciente, especialmente tomando en cuenta las particularidades de nuestro servicio y nuestro medio; paciente que proviene del medio rural, que no nos proporciona datos adecuados, tanto por su enfermedad, cuanto por su condición cultural, acude sin el control prenatal requerido, nuestra falta de medios de diagnóstico permitieron que la paciente falleciera sin el diagnóstico y que realicemos la operación cesárea en condiciones impropias. Además insistiremos que, estas pacientes del medio rural, en donde el índice de tuberculosis es mayor, nunca llevan un tratamiento, lo cual en cierto modo propiciaría estas raras coincidencias. Decimos raras, aunque en realidad, a lo mejor no lo son, considerando que la tuberculosis toma caracteres de endémica en algunas zonas de nuestro país y en otras epidémica; cuántos casos con toda probabilidad similares al presente, escaparan a nuestra observación. De aquí que, sería conveniente recomendar que el control de la enfermedad tuberculosa debe ser cubierta en mejor forma por los servicios de salud respectivos.

La confusión en el diagnóstico surgió por la rareza de la asociación meningitis tuberculosa y embarazo, esto nos indujo a pensar en otros cua-

dros, tanto obstétricos que complican el embarazo normal, cuanto de índole general como otras infecciones del sistema nervioso central, lo cual retardó el diagnóstico y permitió la evolución inexorable hacia la muerte.

Haciendo un análisis retrospectivo, desde un comienzo el cuadro corresponde al de una meningitis de tipo bacteriano tuberculoso, lo corrobora así: el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio y especialmente los hallazgos en el líquido cefalorraquídeo (9,10).

Los hallazgos histopatológicos confirman su naturaleza de ser siempre secundaria a un foco primario con diseminación desde pulmones u otros sitios (9,10). Es interesante recalcar que a pesar que la tuberculosis se disemina más frecuentemente durante el primer trimestre y el puerperio (5), en la paciente sucedió probablemente durante el segundo o comienzo del tercer trimestre. Otro dato importante y que surgiría como crítica al diagnóstico, sería el hecho de que no se hicieron coloraciones para determinar en los tejidos la presencia del bacilo, lo cual hubiese sido concluyente para diferenciar de otras infecciones granulomatosas crónicas.

Se advierte que la aseveración, que hacen algunos autores de que el bacilo no atraviesa la barrera placentaria, se confirmó en este caso, ya que el niño, a pesar de su prematuridad, superó las crisis y aparentemente, no presentó evidencias de la infección.

Por último, es necesario decir algunas palabras sobre la cesárea post-mortem, la cual es un procedimiento que se realiza muy esporádicamente, pero cuando se presenta la oportunidad cualquier médico, y no solamente el especialista, deberán tomar la decisión con la debida entereza y velocidad, para no permitir el fallecimiento del feto. Según algunos autores es una obligación ineludible (11).

RESUMEN

El presente caso es la demostración patética,

de como la tuberculosis siendo un problema nacional y posiblemente de todos los países en desarrollo, puede asociarse con fenómenos fisiológicos o con otros estados patológicos en una forma bastante fuera de lo común. Lo que nos queda como lección será, que ante pacientes que acuden a nuestros hospitales con cuadros muy confusos, nunca debemos dejar de pensar en la tuberculosis en su forma milliar o más específicamente en una localización meníngea.

SUMMARY

The present case is the pathetic demonstration of how tuberculosis, being a national problem, and as we believe, a problem of countries under development, may be associated with physiological phenomena or with pathological states in a rather strange way.

As a lesson, we should never forget to consider tuberculosis in its milliar forms or more specifically in its localization in meninges as possible diagnosis in patients of our hospitals.

BIBLIOGRAFIA

1. PONS P., *Patología y Clínicas Médicas, Barcelona, Salvat Editores, S.A., Tercera edición.- 1968.*
2. HAAS E., et.al.- *Tuberculous Meningitis in an Urban General Hospital.- Arch Intern Med. vol 137.- 1518:1521, 1977.*
3. NELSON W., *Tratado de Pediatría, Barcelona, Salvat Editores S.A. Sexta Edición 1971.*
4. LEONTIC E.: *Neumopatía en la Embarazada.- Clínicas Médicas de Norteamérica vol. I.- III: 125, 1977.*
5. WEINSTEIN L., T. Murphy: *Tratamiento de la tuberculosis durante el Embarazo.- Clínicas de Perinatología vol. II: 897:407, 1974.*
6. WILLIAMS J., *Obstetricia, Barcelona, Salvat Editores S.A., Primera Edición 1973.*
7. WHITENER D.: *Tuberculosis Brain Abscess. Arch Neurol vol. 35 148:155, 1978.*
8. ARTHUR F., et.al.- *Milliar Tuberculosis. American Review of respiratory disease vol. 108 1327:1333.- 1973.*
9. HARRISON., *Principles of Internal Medicine, New York, Eight Edition.- 1977.*
10. KRUPP M., *Current Medical Diagnosis and Treatment, Los Altos California, Lange Medical Publications 1976.*
11. QUESADA T.- *Cesárea.- Cursos VI Jornada Bienal de Gineco-Obstetricia.- I.M.S.S. 126:137, 1974.*
12. SULAVIK S.: *Pulmonary disease.- Medical Complications during Pregancy 572:573, 1977.*

* Médicos Residentes del Curso de Gineco-Obstetricia