

“Meningitis Tuberculosa”

Autores: Sasia Gervasio, Alianak Marina; Ramos Mariano; Ali, Nicolas; Achilli Juan; Stur Mariela

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO DE ROSARIO



Introducción

Se presenta el caso de un hombre de 19 años de edad que consulta a nuestra institución por cefalea de comienzo insidioso, somnolencia, registros febriles intermitentes, al cual se le solicita TCMC de cráneo y posteriormente una RMI de cráneo.

Objetivos

Reconocer las imágenes características de la meningitis tuberculosa.

Hallazgos tomográficos

En nuestro paciente se ponen en evidencia principalmente en la fase post contraste, donde se demostró realce leptomeníngeo de localización basal y silviana, asociado a múltiples imágenes nodulares con centro hipodenso e intenso refuerzo en anillo. Además se evidenciaron complicaciones como hidrocefalia evolutiva.

Hallazgos tomográficos



Figura 1 y 2: TC Multicorte de cráneo con contraste E.V. Realce leptomeníngeo de localización basal y silviana, asociado a múltiples imágenes nodulares con centro hipodenso e intenso refuerzo en anillo

Hallazgos en RMI

La RMI mostró los hallazgos antes mencionados sumando la presencia de áreas focales de lesiones vasculares isquémicas agudas en difusión.

Hallazgos en RMI



Figura 3 : RM de cráneo con gadolinio en secuencia BRAVO. Se observa engrosamiento e infiltrado leptomeníngeo a nivel de las cisternas Silvianas, basales y en la tienda del cerebelo, con áreas de aspecto nodular; con intenso realce tras contraste.



Figura 4: RM de cráneo FLAIR. Marcada dilatación de las cavidades ventriculares, con signos de edema periependimario, compatible con hidrocefalia evolutiva.

Hallazgos en RM

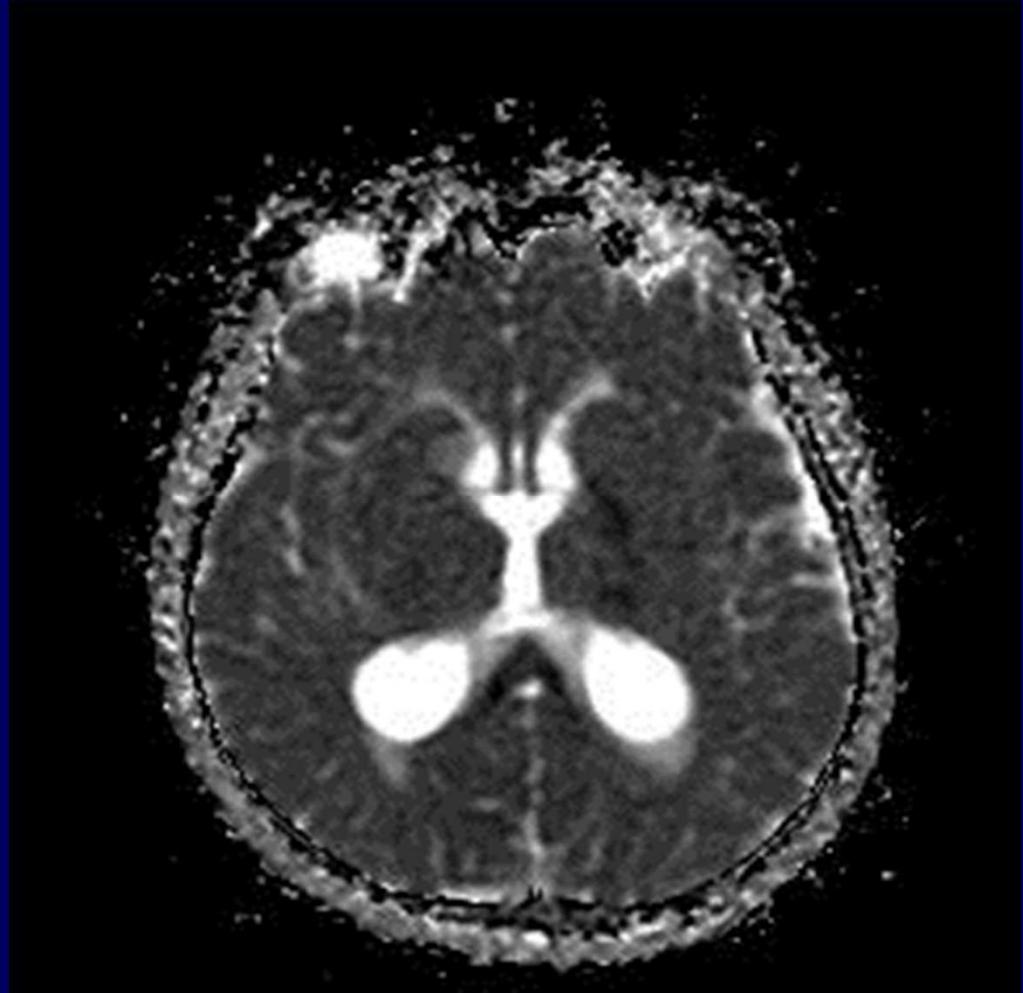
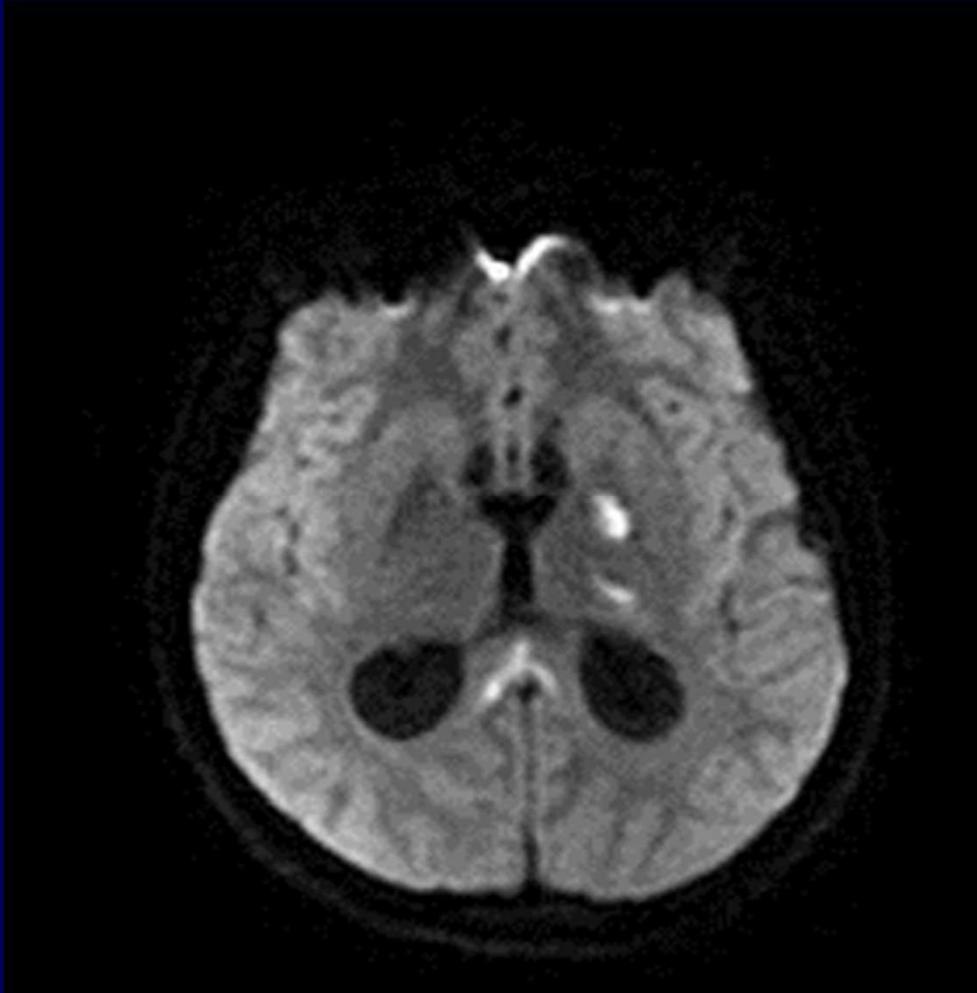


Figura 4 y 5: RM de cráneo. Se evidencian tres imágenes que se presentaron hiperintensas en secuencia FLAIR a nivel de la capsula interna izquierda, tálamo homolateral, y esplenio del cuerpo callosos, que restringen en secuencia de DIFUSIÓN (4) con caída de la señal en el mapa de ADC (5) de probable origen vasculftico.

Revisión del tema

Con estas imágenes características pero no patognomónicas de meningitis TBC, se plantean diagnósticos diferenciales con otras causas infecciosas de afectación meníngea, afectación meníngea por enfermedades granulomatosas o etiología metastásicas. El diagnóstico de meningitis tuberculosa fue confirmado por punción lumbar.

Revisión del tema

Entre 5 y 10% de los casos de tuberculosis presentan afectación del SNC, siendo la presentación meníngea la forma más frecuente. Esta puede asociarse en 10% de los casos a tuberculomas intraparenquimatosos.

Revisión del tema

Es típico el compromiso inferomedial frontal, anteromedial del temporal, cerebelo y piso del 4º ventrículo. A partir de aquí la infección se propaga hacia las cisternas interpeduncular, quiasmática, pontocerebelosa, ambiens y supraselar.

Conclusión

La meningitis tuberculosa representa un reto diagnóstico debido a la baja sensibilidad de las pruebas de laboratorio, considerando a los hallazgos imagenológicos muy importantes en conjunto con la sospecha clínica.

Bibliografía

- “Diagnostic imaging brain.” Osborn. Edition 2004. Tuberculosis I(8):46,49. ISBN: 0-7216-2905-9.
- “Expert DDX Brain and spine.” Osborn. Ross. Salzman. Tuberculosis Meningitis I(4): 54,56. Editin 2009. ISBN: 978-1-9318-8402-0
- “MRI spectrum of CNS tuberculosis.” Vandana V Ahluwalia, Dayananda Sagar G, TP Singh. Journal, Indian Academy of Clinical Medicine 2013; 14(1): 83-90.
- Leonard JM, Des Prez RM. Tuberculous meningitis. Infect. Dis. Clin. North Am. 1991;4 (4): 769-87.
- “Imaging Appearance of Pachymeningeal Tuberculosis.” MayankGoyal, Aseem Sharma, Nalin K. Mishra. AJR:169, November 1997.