Newby RE, Chiappe Gonzalez A, Rondan PL, Cucho C, Huaroto Valdivia LM, Ramos ES, Datta S, Evans CA, Soria J, Zunt J.
Diagnóstico de meningitis tuberculosa en pacientes en un hospital nacional de Lima, Perú
Presentación de póster PS-29-820-02, 2 de noviembre de 2019.

En Actas de la 50.a Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar (La Unión): 30 de octubre - 2 de noviembre de 2019; Hyderabad, India.
International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2019;23(10 Suppl 1):S503.
ACceso abierto: <https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/20191101_UNION2019_Abstracts_Final.pdf>

**Antecedentes:** Las infecciones del sistema nervioso central con Mycobacterium tuberculosis contribuyen ampliamente a la discapacidad y la mortalidad, especialmente en entornos con recursos limitados. El diagnóstico tardío o el tratamiento inadecuado para la tuberculosis farmacorresistente se asocian con malos resultados. El objetivo de este estudio fue comparar el rendimiento diagnóstico de varios métodos microbiológicos para diagnosticar la meningitis por TB (TBM).

**Métodos:** Los pacientes con síntomas sugestivos de TBM, ingresados ​​en un hospital público en el centro de Lima, Perú, fueron reclutados para el estudio (N = 45). El líquido cefalorraquídeo (LCR) se recogió mediante una técnica aséptica estándar y se procesó para: microscopía con Ziehl-Neelsen y cultivo usando medios Ogawa acidificados, que fueron las pruebas ofrecidas en el hospital tratante; la prueba de color MDR / XDR de capa fina delgada de bajo costo en 1 ml de LCR no centrifugado; y 1 ml de LCR no centrifugado en la prueba de PCR GeneXpert de Cephied. Comparamos el método microbiológico con el diagnóstico determinado por el médico tratante.

**Resultados**: Quince pacientes (33%) comenzaron el tratamiento para TBM, sin embargo, a tres se les rescindió el diagnóstico después de encontrar un diagnóstico alternativo. De los doce pacientes con TBM, seis (50%) tuvieron un GeneXpert positivo, cuatro (33%) fueron positivos en la prueba de color, uno (8.3%) fue positivo en Ogawa. Ninguno fue microscópico positivo. La muestra positivo en Ogawa también fue positivo en Color Test. De los doce pacientes, once ya habían comenzado el tratamiento debido al diagnóstico clínico con citometría de LCR compatible. Solo un paciente comenzó a recibir tratamiento debido a los resultados microbiológicos producidos por las pruebas GeneXpert. El cultivo de prueba de color provocó que el paciente fuera diagnosticado con tuberculosis resistente a isoniazida.

**Conclusiones**: El diagnóstico clínico con características citoquímicas de LCR compatibles sugirió casi el doble de casos de meningitis tuberculosa que las pruebas específicas de tuberculosis. GeneXpert rara vez detectó casos no diagnosticados clínicamente. La prueba de color de capa fina de agar fue más sensible que Ogawa y el cultivo permitió pruebas más extensas de resistencia a los antibióticos. La microscopía tuvo cero sensibilidad para detectar meningitis tuberculosa en este estudio.