

## VII CONFERENCIA

(Agosto 30 de 1958).

### MENINGITIS

PONENTES: Doctor Hernando León Espinel, Asistente de Cátedra.  
Doctor Juan B. Castaño Castillo, Neurólogo del Hospital.

#### SIGNS Y SINTOMAS DE MENINGITIS

a) *Con repercusión del estado general.*

1. Fiebre (a veces precedida de escalofrío).
2. Delirio.
3. Hiperestesia cutánea.
4. Mialgias.
5. Herpes labial.
6. Fotofobia - Molestia por el ruido.
7. Rash (tipo: meningococo).
8. Incontinencia de la orina y de M. F.
9. Raya meníngea de Trouseau (r. vasomotora).
10. Grito meníngeo.
11. Cara de máscara - por rigidez, trismus.

b) *Signos debidos a irritación meníngea.*

1. Rigidez de la nuca (causada por espasmo de los músculos de la nuca).
2. Retracción de la cabeza.
3. Espasmo de los músculos espinales (opistotónos).
4. Signo de Kernig (espasmo de los músculos de la pantorrilla).
5. Signo de Brudzinsky.
6. Espasticidad de los músculos del abdomen con vientre excavado.
7. Signo de Guillain (reflejos cruzados en las piernas).

c) *Signos debidos al aumento de la presión intracraneana.*

1. Dolor de cabeza (occipital).
2. Náusea y vómito.
3. Abombamiento de la fontanela.
4. Estupor.
5. Coma.
6. Alteraciones del pulso y de la T. A.

7. Hidrocefalia (M. crónica).
8. Papiledema.
9. Convulsiones.

d) *Signos debidos a un compromiso local de los nervios craneanos o de la corteza.*

Lesión del nervio craneal y respiración de Biots.

Localización basal.

Afasia - signos focales - hemiparesias - convulsiones y signos piramidales.

Compresión de la corteza.

Encefalitis.

Compromiso de la sustancia general.

*Meningitis purulenta con predominio de polimorfonucleares en el L. C. R.*

Producida por: bacterias Gram-positivas y Gram-negativas.  
Alteraciones del L. C. R., aumento de la presión:

Aspecto lechoso.

Marcada pleocitosis con 90 - 95% de polis.

Disminución de los cloruros.

Aumento de la glucosa.

Posible demostración del germen causante, por frotis o cultivo.

*Meningitis purulenta con predominio de polis. — Causas.*

*Causas comunes:*

- Meningococo.
- Neumococo.
- Estreptococo hemolítico.
- Hemophilus influenzae.
- Estafilococo.
- Bacilo piociánico.

*Causas raras:*

- Salmonella.
- E. coli.
- Enterococo.
- Bacilo de Friedlander.
- Estreptococo viridans.
- Brucelas.
- K. diphtheriae, etc.

*Meningitis estreptocócica:*

Se propaga a partir de una infección local del oído medio, garganta, laringe, senos, etc., por medio de una bacteremia.

Fractura de cráneo es causa ocasional.

Es más frecuente en la niñez y en adultos jóvenes.

Es la más frecuente de las M. purulentas.

Estreptococo hemolítico y otros tipos de estreptococo virulento son las causas.

*Meningitis por hemophilus influenzae.*

Meningitis purulenta. — Germen: *H. influenzae* tipo B, más frecuente.

Frecuente por debajo de los tres años; ocasional en niños mayores, y muy rara en adultos.

Desarrollo de inmunidad.

Siempre hay historia de infección de vías respiratorias altas.

Es fulminante. Rara vez crónica.

Con frecuencia produce derrames subdurales.

Las convulsiones ensombrecen el pronóstico.

*Meningitis neumocócica.*

Rara vez es una infección primaria.

Es secundaria a:

Infecções del pulmón.

Otitis media.

Endocarditis.

Sinusitis paranasal.

Infecções altas del aparato respiratorio.

Conjuntivitis.

Se puede precipitar por una fractura del cráneo.

No hay un tipo especial de neumococo que la produzca cuando está asociada a otitis o sinusitis. El responsable es el neumococo tipo III.

En endocarditis por neumococo hay meningitis en la fase final. Usualmente hay bacteremia.

Las sulfas y los antibióticos han bajado la mortalidad, que antes era del 100%.

*Meningitis o meningoencefalitis con predominio de linfocitos en L. C. R.**Causas comunes:*

Paperas (50 - 3.000 L.).

TBC (50 - 1.000 L.).

Poliomielitis (25 - 300 L.).

Herpes simple (25 - 300 L.).

Meningitis simpática.

Meningoencefalitis de

Coxackie.

*Causas raras:*

M. químicas por torula.

Mononucleosis infecciosa.

Por monilia.

Por rabia.

Sífilis.

*L. C. R. normal:*

Glucosa . . . . .	50- 90 mgs. %
Cloruros . . . . .	720-750 mgs. %

Proteínas . . . . .	20- 40 mgs. %
Células . . . . .	0- 10 linfocitos
Presión . . . . .	50-100 mm. de agua

*Laboratorio:*

L. C. R.

Recuento de células.  
Frotis.  
Cultivo.  
Inoculación a animales.  
Cloruros  
Proteínas.  
Glucosa.

Otros.

Serología para sífilis.  
Tests cutáneos: TBC, histoplasmosis.  
Examen de orina.  
Exámenes de sangre.  
Tests inmunológicos con suero - paciente.  
(Fijación del complemento) para investigación de virus.

**TRATAMIENTO**

*Meningitis por virus:*

Ante todo disminuir los síntomas que puedan poner en peligro la vida del paciente. Combatir el edema meníngeo por medio de soluciones hipertónicas de glucosa al 33 o 50% (vía endovenosa); solución de sulfato de magnesio al 1 o 5%, endovenoso, y al 20% intramuscular; ácido ascórbico, un gramo varias veces por día. Cortisona (dos miligramos por kilo-día). Prednisona o prednisolona, medio miligramo por kilo-día. Triamcinolona, 0.2 miligramos por kilo-día. Estos tratamientos se deben mantener por cinco - ocho días, y luego un tiempo igual de tratamientos por A. C. T. H., a la dosis de un miligramo por kilo-día, en dosis fraccionadas, o una sola dosis diaria cuando el vehículo es de absorción lenta.

Tetraciclina a la dosis de 20 a 30 miligramos por kilo-día.

*Meningitis purulenta:*

El *hemophilus influenzae*, de tan gran frecuencia entre nosotros, es sensible a la asociación de sulfas y estreptomicina, al cloramfenicol y a las tetraciclinas.

El *neumococo*, estafilococo, y el betaestreptococo, son sensibles a la penicilina, sulfamidas, cloramfenicol, tetraciclinas.

El *colibacilo* y el *enterococo*, sensibles a las sulfas, estreptomicina, cloramfenicol y tetraciclinas.

*Drogas que más fácilmente pasan la barrera hematomeníngea:*

Sulfamidas, penicilina, estreptomicina, cloramfenicol, tetraciclinas.

*Meningitis tuberculosa:*

*Estreptomicina:* 15-25 miligramos por kilo día (hasta 4 meses de duración).

*Isoniazida:* 20-50 miligramos por kilo-día.

*P. A. S. (ácido paraminosalicílico):* 0.20 gramos por kilo día (vía oral).

*Meningismo:*

Combatir el edema cerebral, si se sospecha clínicamente.

No interrumpir ningún tratamiento hasta la total normalización clínica y del L. C. R.

Recordar que la precocidad del tratamiento es la única garantía de supervivencia y de conservación de la integridad mental futura del paciente.