



# CARTAS AL EDITOR

Cúcuta, marzo 21 de 2006

CARTA AL EDITOR:

## **Medición de la presión de apertura del LCR durante la punción lumbar.**

En la revisión del tema: meningitis aguda (1) la profesora Saavedra hace una completa descripción de sus aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos y clínicos. Complementando lo expuesto quiero hacer énfasis en la necesidad de realizar en forma sistemática la medición de la presión de apertura del LCR durante la punción lumbar diagnóstica de la meningitis aguda. Este es un procedimiento sencillo con importantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas, especialmente en los pacientes con sida y criptococosis meníngea, que nunca debe ser omitido (2).

El 60 por ciento de los pacientes con criptococosis meníngea y sida presenta hipertensión intracraneana sin hidrocefalia al momento del diagnóstico (3). Por ello, si tenemos un paciente con una meningitis con LCR claro y presión elevada es alta la probabilidad de que el agente etiológico sea *Cryptococcus*. En los pacientes con tuberculosis meníngea, el principal diagnóstico diferencial en la meningitis con LCR claro, la hipertensión intracraneana sin hidrocefalia es poco frecuente (4).

El tratamiento de elección de la hipertensión intracraneana (presión mayor a 250 mmH<sub>2</sub>O) sin hidrocefalia en los pacientes con criptococosis meníngea, como bien lo dice la revisión (1), es la realización diaria de punciones lumbares; guiados por el valor de la presión de apertura se procede al drenaje diario del LCR en cantidades de hasta 30 cc o hasta disminuir la presión de apertura en un 50 por ciento. Al término de las 2 semanas del tratamiento antimicótico inicial de la criptococosis, en nuestro medio con anfotericina B intravenosa únicamente, se debe nuevamente realizar punción lumbar con manometría para estar seguros de que no existe hipertensión intracraneana, la cual pudo haber aparecido durante el curso del tratamiento y ser clínicamente silenciosa y para tomar un cultivo el cual debe ser negativo si el tratamiento ha sido exitoso, en caso contrario se debe continuar la terapia con anfotericina B (2).

Existe evidencia acerca de los beneficios del manejo agresivo de la hipertensión intracraneana en los pacientes con criptococosis utilizando las punciones lumbares (3). Ya está establecido, que los pacientes que no reciben esta terapia tienen mayor mortalidad y secuelas (5).

Otro punto que debe recalcar es la realización rutinaria de la técnica de la tinta china para la visualización de las blastoconidias capsuladas de *Cryptococcus* en el examen directo del LCR. Esta técnica es sencilla y barata y tiene un alto rendimiento diagnóstico en criptococosis, alcanzando una sensibilidad del 93,8 por ciento en nuestro medio (5).

En Colombia, país en donde la infección por el VIH va en aumento (7) y las infecciones oportunistas del sistema nervioso siguen un curso ascendente paralelo (5) debemos aprovechar al máximo los escasos recursos existentes y utilizar en forma consistente los medios diagnósticos y terapéuticos de bajo costo señalados de reconocida eficacia y seguridad.

## Referencias

1. **Saavedra M.** Meningitis aguda. Rev Fac Med Univ Nal Colomb 2004;52:38-49.
2. **Pappas PG.** Managing cryptococcal meningitis is about handling the pressure. Clin Infect Dis. 2005;40:480-2.
3. **Graybill JR, Sobel J, Saag M, van Der Horst C, Powderly W, Cloud G, Riser L, Hamill R, Dismukes W.** Diagnosis and management of increased intracranial pressure in patients with AIDS and cryptococcal meningitis. The NIAID Mycoses Study Group and AIDS Cooperative Treatment Groups. Clin Infect Dis 2000;30:47-54.
4. **Thwaites GE, Duc Bang N, Huy Dung N, Thi Quy H, Thi Tuong Oanh D, Thi Cam Thoa N, Quang Hien N, Tri Thuc N, Ngoc Hai N, Thi Ngoc Lan N, Ngoc Lan N, Hong Duc N, Ngoc Tuan V, Huu Hiep C, Thi Hong Chau T, Phuong Mai P, Thi Dung N, Stepniewska K, Simmons CP, White NJ, Tinh Hien T, Farrar JJ.** The influence of HIV infection on clinical presentation, response to treatment, and outcome in adults with Tuberculous meningitis. J Infect Dis 2005;192:2134-41.
5. **Shoham S, Cover C, Donegan N, Fulnecky E, Kumar P.** *Cryptococcus neoformans* meningitis at 2 hospitals in Washington, D.C.: adherence of health care providers to published practice guidelines for the management of cryptococcal disease. Clin Infect Dis. 2005;40:477-9.
6. **Lizarazo J, Linares M, Restrepo A, Castañeda E.** Cryptococcosis in Colombia: Surveillance results 1997-2004. 6th International Conference on *Cryptococcus* and cryptococcosis. Boston junio 24-28 de 2005, Abstract E-5.
7. Onusida.org.co/. (página visitada el 30 de enero de 2006).

**Jairo Lizarazo**

MD. Especialista en Neurología,  
Neurólogo, Departamento de Medicina Interna  
Hospital Erasmo Meoz  
correspondencia: jflizar1@telecom.com.co

