

Tratamiento de la meningitis tuberculosa

He leído con gran interés el artículo publicado en *Revista de Neurología* por Aibar-Arregui et al [1]. Sin embargo, quería referirme al tratamiento del paciente con meningitis tuberculosa, cuando se afirma que recibió antituberculosos '300 mg/día de isoniácida y 600 mg/día de rifampicina durante un año, además de 750 mg/12 h de piracinamida los dos primeros meses'. La evolución del paciente no fue buena, a juzgar por lo que refieren los autores como 'importante disminución en la visión del ojo derecho'.

Según la guía clínica de la Organización Mundial de la Salud [2] sobre el tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar (en este caso, meningitis tuberculosa), el tratamiento estándar conlleva el empleo de cuatro fármacos activos (añadiendo estreptomina al régimen con el que se trató al paciente, ya que el etambutol no atraviesa la barrera hematoencefálica).

De hecho, no sólo en la tuberculosis extrapulmonar, sino también en la pulmonar, el tratamiento establecido por la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) se asienta sobre cuatro fármacos durante los primeros dos meses seguidos de dos (isoniácida y rifampicina, si la cepa de *Mycobacterium tuberculosis* es sensible) los siguientes cuatro meses [3].

Por tanto, no puede descartarse que la mala evolución visual del paciente se debiera a un régimen terapéutico insuficiente.

L.I. González-Granado

Aceptado tras revisión externa: 12.03.09.

Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Luis Ignacio González-Granado. Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. Córdoba, s/n. E-28041 Madrid. E-mail: nachgonzalez@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Aibar-Arregui MA, De Escalante-Yangüela B, Tejero-Juste C, Martín-Fortea MP. Meningoencefalitis mixta por *Mycobacterium tuberculosis* y virus varicela-zóster. *Rev Neurol* 2009; 48: 91-3.
2. World Health Organisation. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 3 ed. Publication WHO/CDS/TB/2003. Geneva: WHO; 2003.
3. Manzano JR, Blanquer R, Calpe JL, Cami-

nero JA, Caylá J, Domínguez JA, et al. Normativa SEPAR: diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 546-61.

Monitorización de la presión intracraneal en niños con insuficiencia hepática fulminante

Hemos leído el trabajo publicado en *Revista de Neurología* por Paiva et al [1] en el que recogen su experiencia con 10 pacientes pediátricos afectados de insuficiencia hepática fulminante y a los que se les monitorizó la presión intracraneal (PIC) para, según sus palabras, facilitar la gestión de los cuidados intensivos y del trasplante. Sobre la base de nuestra experiencia, con más de 1.000 sensores de PIC implantados, nos gustaría hacer algún comentario a la publicación [2].

Sería importante conocer el modelo de sensor empleado para la monitorización y si utilizan el mismo dispositivo para la implantación epidural y subdural. Actualmente, los sensores más empleados son los que utilizan una fibra óptica para la transmisión de la señal, pero dentro de éstos existen diferentes modelos con distintas prestaciones, grosores, sistemas de anclaje al cráneo, etc. Además, es bien conocido que entre los distintos sistemas de monitorización existen variaciones diversas en la calibración (desviación del cero) en función de las horas/día de monitorización o incluso existen descritas variaciones importantes y poca fiabilidad cuando la PIC se eleva de manera notable [3,4].

En segundo lugar, nos llama la atención que no se indiquen los parámetros de coagulación en estos pacientes, ya que, dada su patología, posiblemente tienen alteraciones graves en la coagulación, que en numerosos casos contraindican o añaden un riesgo a la monitorización, sobre todo en el desarrollo de complicaciones hemorrágicas [5].

Es también llamativo que los autores comentan que sólo repiten la tomografía computarizada (TC) en caso de deterioro neurológico o si aparece un déficit neurológico nuevo. Los pacientes 3, 4, 6, 7, 9 y 10 pasan de unas cifras de PIC normales (< 20 mmHg) a cifras llamativamente elevadas y, excepto el caso número 9, no indican que se hubiese repetido una TC. En nuestra opinión es una norma de obligado cumplimiento que cuando se produce tanta elevación de la PIC, después de haber realizado una manipulación intracraneal, debe efectuarse una TC, ya que la elevación de las cifras puede deberse a edema cerebral o a un

hematoma intracraneal. Por lo tanto, es arriesgado decir que las complicaciones atribuidas a la monitorización de la PIC son del 10%, cuando no se ha practicado un estudio de imagen al resto de los niños. Según nuestra experiencia, la incidencia de hemorragias intracraneales en pacientes sometidos a monitorización de la PIC (intraparenquimatosa o intraventricular) es del 2,5%; cuando no hay coagulopatía previa es del 1,9%, y asciende al 8% cuando hay alteración en la coagulación, aunque no siempre la hemorragia es sintomática [2]. Por último, estamos de acuerdo con los autores que la monitorización de la PIC es una herramienta útil que permite cuidados intensivos más adecuados y un tratamiento más apropiado y agresivo en estos complejíssimos pacientes pediátricos.

**M. Gelabert-González,
R. Serramito-García, A.G. Allut**

Aceptado tras revisión externa: 27.02.09.

Servicio de Neurocirugía. Departamento de Cirugía. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correspondencia: Dr. Miguel Gelabert González. Servicio de Neurocirugía. Departamento de Cirugía. Universidad de Santiago de Compostela. Travesía da Choupana, s/n. E-15706 Santiago de Compostela (A Coruña). E-mail: miguel.gelabert@usc.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Paiva WS, De Andrade AF, Amorin RLO, Figueiredo EG, Matsushita H, Teixeira MJ. Monitorización de la presión intracraneal en niños con insuficiencia hepática fulminante. *Rev Neurol* 2009; 48: 134-6.
2. Gelabert-González M, Ginesta-Galán V, Serramito-García R, Allut AG, Bandín-Diéguez J, Rumbo RM. The Camino intracranial pressure device in clinical practice. Assessment in 1000 cases. *Acta Neurochir (Wien)* 2006; 148: 435-41.
3. Miller JD, Piper IR, Statham PFX. ICP monitoring: indications and techniques. In Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT, eds. *Neurotrauma*. New York: McGraw-Hill; 1995. p. 429-44.
4. Pérez-Márquez M, Marruecos L, Betbesé AJ, Ballús J, Bak E, Molet J, et al. Valoración de dos métodos para la medición de la presión intracraneal. *Neurocirugía* 1997; 8: 205-10.
5. Martínez-Mañas RM, Ferrer E, García-Amorena C. Experiencia clínica con la monitorización de la presión intracraneal. Estudio retrospectivo de 239 pacientes monitorizados con el sistema Camino. *Neurocirugía* 1999; 10: 291-6.