



IMÁGENES EN MEDICINA INTENSIVA

Complicaciones de meningitis tuberculosa en resonancia magnética en un paciente con lupus eritematoso sistémico



Complications of tuberculous meningitis in magnetic resonance imaging in a patient with systemic lupus erythematosus

F.G. Márquez-Villegas^{a,*}, A. Elizalde-Figueroa^b y J.P. Venzor-Castellanos^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Ciudad de México, México

^b Servicio de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Ciudad de México, México

^c Servicio de Neurología, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Ciudad de México, México

Disponibile en Internet el 15 de mayo de 2019

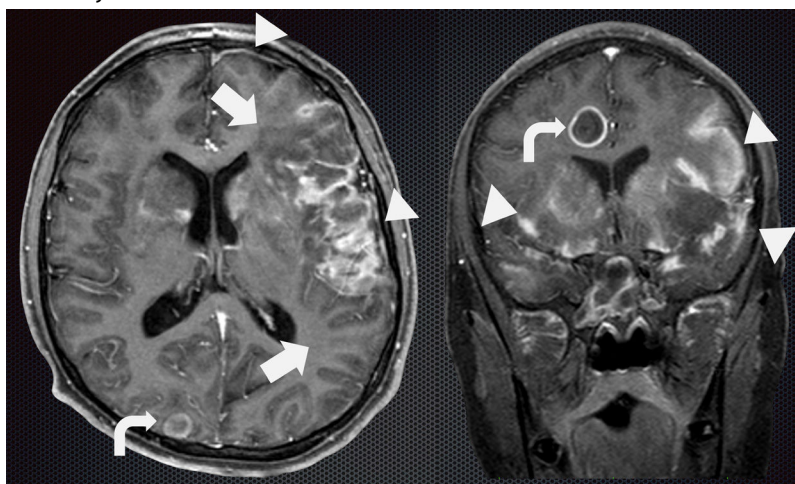


Figura 1 Resonancia magnética de encéfalo corte transversal y coronal.

Varón de 18 años con lupus eritematoso sistémico en tratamiento con prednisona 15 mg/día y azatioprina 50 mg/día, con cuadro de 2 semanas de evolución con fatiga, anorexia, fiebre, alteración del estado de despierto, desorientación en las 3 esferas, crisis convulsivas generalizadas con desarrollo de estatus epiléptico tratado con tiopental en infusión en la unidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gibrantmarquez@gmail.com (F.G. Márquez-Villegas).

de cuidados intensivos. Paciente VIH negativo, en análisis de líquido cefalorraquídeo se encontró lo siguiente: apariencia de «agua de roca», hipoglucorraquia (58 mg/dl), proteínas 120 mg/dl, pleocitosis 600 células/ μ l (MN 39% y PMN 61%), tinta china negativa, cultivos negativos, GeneXpert[®] System (Cepheid, Sunnyvale, EE. UU.) en LCR para ADN de *M. tuberculosis* positivo. En la [figura 1](#) se muestra la resonancia magnética de encéfalo en corte transversal y coronal con ávido reforzamiento en ganglios basales, meníngeo y leptomeníngeo (cabezas de flecha) de ambos lóbulos frontales y temporal izquierdo, así como disminución y borramiento en la amplitud de surcos y cisuras en relación a edema compatible con cerebritis (flechas blancas), en circunvolución cingular derecha y lóbulo parietal ipsilateral presenta absceso de 18 mm con reforzamiento anular al medio de contraste (flechas curvas). Se inició esquema de tratamiento con antituberculosos y dexametasona como adyuvante, sin adecuada respuesta, presentado defunción a las 2 semanas del diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Hospital General «Dr. Manuel Gea González» por permitirnos nuestra formación como residentes de especialidad.