

Vida sana

Meningitis: cuando se inflaman las membranas del cerebro

“La mera sospecha obliga a ir a las urgencias hospitalarias; la rapidez en el diagnóstico es primordial”, advierte el neurólogo Valentín Mateos

◆ Eduardo García

Valentín Mateos, director del Instituto Neurológico Dr. Mateos, en Oviedo, acaba de publicar el libro “Meningitis, encefalitis y otras infecciones del sistema nervioso central”, en colaboración con Jesús Porta, del Hospital Clínico de Madrid. La obra, que será presentada este próximo jueves en la capital de España, es el resultado de las aportaciones de un amplio grupo de especialistas, entre los que figuran José María Torres, Leonor Meana, Raquel García y Jéssica Fernández, compañeros de Valentín Mateos en el Centro Médico de Asturias.

¿Qué es la meningitis? Englobamos en el término “meningitis” a todos aquellos procesos que cursan con una inflamación de las meninges, esto es, de las “membranas” que recubren el cerebro. Esta brevísima definición ya nos permite vislumbrar que hay meningitis de muy diverso tipo. Aunque las más conocidas son las infecciosas, también las hay inflamatorias, químicas o neoplásicas. En el caso de las infecciosas, las clasificamos en bacterianas o víricas, según el tipo de patógeno implicado. Además, según su curso evolutivo, las clasificamos en agudas (como las meningitis fulminantes producidas por el meningococo) o en crónicas (como la meningitis tuberculosa, por ejemplo). Entre las no infecciosas, las causas son muy variadas, desde enfermedades sistémicas, como el lupus, a procesos oncológicos en los que las meninges sirven de asiento a la diseminación de un tumor (meningitis carcinomatosas).

¿En qué medida puede ser mortal o invalidante? Centrándonos en las meningitis infecciosas, las meningitis bacterianas agudas no sólo llevan aparejada una alta tasa de mortalidad, sino también de morbilidad, esto es, que el paciente sobreviva a la infección pero a costa de secuelas neurológicas de por vida (sordera, retraso mental, epilepsia...).

Edades más frecuentes. Aunque son más frecuentes en las etapas infanto-juveniles, no hay ninguna franja de edad libre de meningitis. Lo que sí existe es una predilección concreta de algunos gérmenes por grupos de edad determinados. Así, algunas formas son típicas de lactantes y otras de ancianos. Esto no deja de ser una ventaja para nosotros, por cuanto podemos iniciar un tratamiento de aproximación sobre la base de los patógenos más habituales en un segmento de edad determinado.

Perfil-tipo del afectado. No lo hay. Todos los somos en potencia. Lo que sí existe es una “especialización” de algunos gérmenes para infectar a unos pacientes concretos, no sólo por el factor edad que antes comentaba, sino también por otros, como el estado de las defensas o que se haya roto la integridad anatómica (por ejemplo, en los pacientes que han sido sometidos a una intervención neuroquirúrgica).

Varones y mujeres. A diferencia de la mayoría de las patologías que cada domingo ven la luz en esta sección de LA NUEVA ESPAÑA,



Valentín Mateos. | NACHO OREJAS

las meningitis (mejor dicho, los gérmenes que las producen) no hacen distinción de género. Los condicionantes van a ser otros (edad, estado inmunitario, patologías concomitantes...).

¿Varía la incidencia de la meningitis? Según donde nos encontremos. En “nuestro mundo”, algunos tipos de meningitis están en franco retroceso, como es el caso de las provocadas por “Haemophilus” en los niños, que han reducido su incidencia de una forma drástica tras la introducción de una vacuna específica. Por el contrario, otros tipos, como las oportunistas en pacientes inmunocomprometidos, han aumentado en función del mayor número de personas que aquejan problemas de inmunidad o que reciben tratamientos que disminuyen sus defensas. También lo han hecho las infecciones importadas, esto es, las producidas por gérmenes habituales de otras latitudes, algunas con curso clínico crónico, como en el caso de las parasitosis del sistema nervioso central.

¿Existe algún tipo de medida preventiva? Para algunos tipos de meningitis, sí, bien sea mediante una prevención primaria, mediante una vacunación que nos protege, o bien, en algunos otros casos, mediante la quimioprofilaxis, esto es, un tratamiento antibiótico breve a los contactos cercanos a un caso diagnosticado, como se hace con la meningitis meningocócica, una de las más graves.

¿Hay estilos de vida que incrementen o amortigüen los riesgos? No necesariamente, aunque no es menos cierto que algunas “circunstancias” incrementan el riesgo de ser infectados por algunos patógenos concretos (el alcoholismo, la desnutrición, ser diabético, realizar tratamiento corticoideo continuado...). Pero, como digo, de forma no significativa.

¿Casos hereditarios? Meningitis hereditarias como tales (si nos ceñimos a las infecciosas) no existen. Sí infecciones pre o conatales, esto es, desde los primeros momentos de nuestra vida, pero no podemos llamarlas hereditarias en sentido estricto.

¿Cuándo acudir al médico? La mera sospecha de meningitis obliga a dirigirse directamente a las urgencias hospitalarias. La rapi-

dez en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento es primordial. La labor de los médicos de atención primaria en estas patologías es clave en otros aspectos no menos importantes, como la educación en salud de la población y el control de las vacunaciones. Por otra parte, en las meningitis no hay “un” especialista implicado, sino que podemos ser muchos, desde los urgenciólogos a los intensivistas, pasando por pediatras, neurólogos, microbiólogos, internistas o neurocirujanos, todo en función de la edad, el carácter agudo o crónico del proceso, las patologías de base del paciente, o las complicaciones a las que haya que hacer frente.

¿Cómo han evolucionado los tratamientos?

El esquema en sí no ha cambiado mucho en los últimos años. La estrategia sigue siendo la misma: elegir de entrada la cobertura antibiótica más acorde al tipo de germen “sospechoso” en función de la edad y particularidades del paciente. Es lo que conocemos como tratamiento empírico. A la vez, poner en marcha los estudios encaminados a confirmar esa sospecha. Sí es cierto que se han incorporado nuevos antibióticos, en especial para tratar a pacientes “resistentes” a los de primera línea.

¿En qué medida es aconsejable la vacunación con cobertura universal? ¿Debería estar financiada por el sistema sanitario público? Hay unanimidad en considerar que en el caso de algunos patógenos, como el “Haemophilus”, la inclusión de la vacuna en el calendario ha conllevado un cambio radical (de hecho ahora sólo las encontramos en adultos), pero no existe tal unanimidad con otros gérmenes. Seguramente en este epígrafe subyace la polémica generada por la vacunación contra un subtipo de meningococo que la Sociedad Española de Pediatría aboga por incluir en el calendario, mientras que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas la descartan. La respuesta a su segunda cuestión es clara: si una vacuna se incluye en el calendario debe estar financiada. El nivel de renta no debe ser un obstáculo para el acceso a un remedio que puede salvar vidas o evitar secuelas graves.