

Meningitis aséptica de Mollaret: caso ilustrativo

Mollaret Aseptic Meningitis: illustrative case

Abigail Castilla-Martínez ^{1a}, Ariel Gerardo Ariza-Hernández ^{1a}, Alfonso Pacheco-Hernández ^{1,2b}, Yancarlos Ramos-Villegas^{1a}, Loraine Quintana-Pájaro ^{1a}, Luis Rafael Moscote-Salazar ^{1,2b}

La meningitis de Mollaret o meningitis aséptica recurrente es un trastorno muy poco frecuente, cuyas causas conocidas comprenden las infecciones virales y bacterianas, siendo estas las de mayor conocimiento, además de componentes no infecciosos que en principio dificultan el diagnóstico del cuadro, entre los que se encuentran el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la enfermedad de Behcet, el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjogren, la sarcoidosis, la enfermedad Kikuchi Fujimoto y la policondritis recidivante. La meningitis aséptica recurrente es de resolución autolimitada, por tanto, su componente diagnóstico y terapéutico mantiene relación con la clínica y la habilidad del clínico.

Palabras claves: Meningitis aséptica (Fuente: DeCS-BIREME)

Mollaret meningitis or recurrent aseptic meningitis is a very rare disorder, whose known causes include viral and bacterial infections, these being the most knowledgeable, as well as noninfectious components that in principle make diagnosis difficult, among which they find the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, Behcet's disease, systemic lupus erythematosus (SLE), Sjogren's syndrome, sarcoidosis, Kikuchi Fujimoto's disease and relapsing polychondritis. Recurrent aseptic meningitis is self-limiting, therefore, its diagnostic and therapeutic component is related to the clinic and the skill of the clinician.

Keywords: Aseptic Meningitis (Source: MeSH-NLM)

1. Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB), línea Cartagena Neurotrauma Research Group, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.
2. RED LATINO Organización Latinoamericana de Trauma y cuidado Neurointensivo.
 - a. Estudiante de Medicina. Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia
 - b. Médico. Especialista en Neurocirugía. Facultad de Medicina – Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Bolívar

Recibido: 10-03-2018

Aceptado: 23-03-2018

Citar como: Castilla-Martínez A, Ariza-Hernández AG, Pacheco-Hernández A, et al. Meningitis aséptica de Mollaret: caso ilustrativo. Rev Hisp Cienc Salud. 2018; 4(1):42-45

INTRODUCCIÓN

Se conoce como meningitis aséptica recurrente o meningitis de Mollaret a un síndrome descrito por primera vez en el año 1944 por Pierre Mollaret ^(1,2). Definido como un cuadro clínico de cefalea, fiebre y meningismos con pleocitosis en líquido cefalorraquídeo (LCR), a veces acompañado de convulsiones y signos neurológicos focales; en por lo menos dos ocasiones, distanciados por intervalos de recuperación total en donde las meninges vuelven a la normalidad⁽³⁾.

El episodio sintomático de la enfermedad se caracteriza por ser de progresión brusca, y prolongarse de 3 a 4 días, sin embargo, puede extenderse hasta 7 días⁽²⁾. Además, los periodos asintomáticos o ausentes de patología pueden durar desde semanas a años, cursando posterior a varios ataques con un estado de “desgaste” de la condición ⁽³⁻⁵⁾. Inicialmente se identificó como agente causal al virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2), no obstante, hoy día se relaciona con diferentes infecciones, lesiones estructurales, medicamentos y enfermedades inflamatorias crónicas ^(3,5).

La meningitis bacteriana recurrente es una afección relativamente rara. La incidencia estimada es del 4-9% de los pacientes con meningitis bacteriana adquirida en la comunidad. Los casos recurrentes a menudo se asocian con daño estructural craneofaríngeo o debido a factores como virus bacterias hongos parásitos y otros microorganismo que se encuentran en el ambiente ⁽⁶⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 10 años de edad, consulta por cuadro clínico de 1 semana de evolución (junio 2010) consistente en cefalea frontal, fiebre no cuantificada y emesis. Manejada por servicio de pediatría con diagnóstico de meningitis bacteriana.

Como antecedentes personales de importancia están: “Convulsión febril” a los 2 años de edad, “Encefalitis viral” a los 6 años (septiembre 2009) y “Meningitis Bacteriana” a los 6 años (octubre 2009). Todos los eventos con cultivos para bacterias negativos. No tiene antecedentes familiares de importancia.

Al examen físico se encuentra en buen estado general, alerta, sin alteración del estado de conciencia con TA: 90/50, FC: 90 lpm, FR: 22 rpm. T°: 36,5°C, sin presencia de papiledema. Al examen neurológico se encuentra Glasgow 15/15, pares craneales sin alteración, buena movilización de las 4 extremidades y signo de Kernig positivo. Dentro de los exámenes paraclínicos se reporta un hemograma con 11.6x10³ leucocitos, 80% neutrófilos, 20% Linfocitos, y 285x10³ plaquetas; Drepanocitos negativos; PCR :35; VES: 40mm/h; VIH No Reactivo; y un citoquímico de LCR (Abril/2010) que reporta: Aspecto turbio, Hematíes 2xC, PMN 0, Monon 0, Glucosa 45, Proteínas 12, LDH 8, Linfocitos 3xC. TAC cerebral que evidencia lesión en ángulo ponto cerebeloso izquierdo se realizó RMN cerebral que fue compatible con quiste aracnoideo. Se inicio manejo sintomático, hidratación endovenosa. Se hace punción lumbar a los 7 días que evidencia normalidad del líquido cefalorraquídeo. Paciente es enviada a domicilio a los 10 días. Continua asintomática y seguimiento por neurología pediátrica.

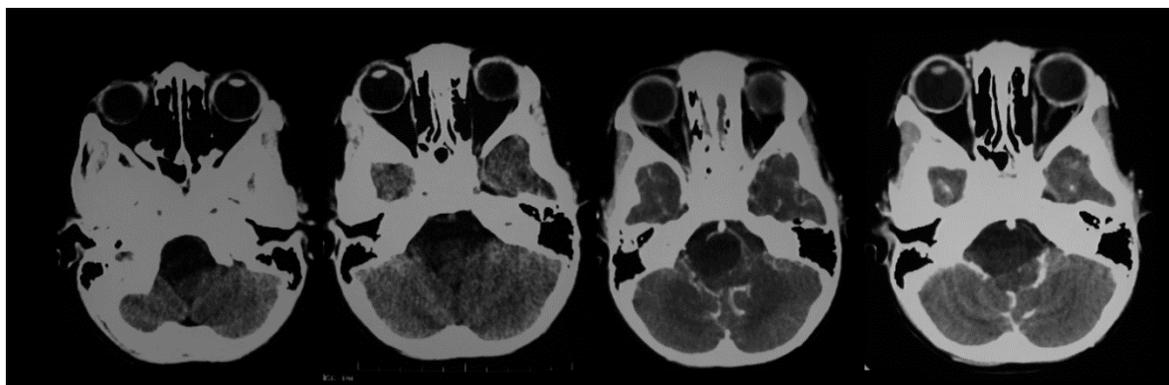


Figura 1. TAC simple y contrastada que evidencia lesión en APC izquierdo compatible con quiste aracnoideo.

DISCUSIÓN

La meningitis aséptica recurrente se considera una enfermedad autolimitada, y de muy rara frecuencia, que puede llegar a poner en riesgo la salud del paciente dependiendo de su etiología. En 1944, las células de Mollaret (fantomes cellulaires), fueron identificadas como monocitos o macrófagos de aspecto epiteloide en el fluido cerebroespinal ^(2,7). Las células de mollaret consisten en pleocitosis mononucleares y linfocítica atípica con un núcleo único en forma de frijol con hendiduras nucleares, extremadamente frágiles y difíciles de detectar, que aparecen luego de 24 horas de infección y desaparecen a las pocas horas. También se pueden encontrar en tumores dermoides o epidermoides situados en los ventrículos o en el LCR ⁽⁷⁾.

Los agentes infecciosos frecuentemente vinculados son el HSV-2 y el virus de la varicela zoster, y en menor frecuencia el virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1) y el virus de Epstein-Barr ^(1,3,8,9). A pesar de que más de la mitad de los pacientes identificados no tienen historia de herpes genital ^(1,10). La estrongiloidiasis crónica como una complicación rara, se asocia con la presencia de meningitis recurrente si la infección parasitaria subyacente no se trata adecuadamente ⁽⁶⁾.

Las lesiones estructurales como el craneofaringioma al romperse pueden verter su contenido al LCR produciendo irritación meníngea ⁽¹¹⁾. Además, la intervención quirúrgica de estas lesiones se considera factor de riesgo para la enfermedad ^(1,11), al igual que defectos anatómicos congénitos o adquiridos tales como malformación transesfenoidal, el meningoencefalocele transesfenoidal y la hipoacusia neurosensorial ongenital ^(1,11,12).

Por otro lado, se ha visto asociado principalmente al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como el ibuprofeno, utilizado en enfermedades reumáticas; así mismo a antibióticos, anti-convulsionantes, inmunosupresores y drogas quimioterapéuticas ^(1,3). Además, las enfermedades crónicas inflamatorias, como las de origen autoinmune se han asociado con meningitis aséptica recurrente, y de estas las más investigadas han sido el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), la enfermedad de Behcet, el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjogren, y la sarcoidosis. El síndrome de VKH es frecuente en la población afrocaribeña, asiática e hispánicos; a pesar de ser una entidad rara ^(1,3). Otra de las enfermedades que cursan con meningitis recurrente como complicación es la de Kikuchi Fujimoto o linfadenitis histiocítica necrosante una linfadenopatía benigna, encontrándose en entre 2.8 y 9.8 % de los casos ⁽¹³⁾.

En la policondritis recidivante (PR), también se han encontrado manifestaciones de meningitis recurrente tales como cefalea, pleocitosis, y en algunos casos engrosamiento de las meninges como hallazgo en resonancia nuclear magnética, la patogenia sigue siendo desconocida y se ha encontrado que esta complicación de la PR puede presentarse más en los ancianos ^(14,15).

El abordaje diagnóstico se basa en el cuadro clínico, sumado al estudio y cultivo del LCR, tomado por punción lumbar; los hallazgos característicos son linfocitosis precoz, concentración de proteínas normal o elevada, glucosa normal o reducida y ausencia de crecimiento celular en el cultivo. Otros estudios como el hemograma completo, la proteína C reactiva, serología para VIH, sífilis y borrelia, detección de auto-anticuerpos, y ayudas imagenológicas como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) pueden ayudar a la realización del diagnóstico e identificación de la posible etiología ^(1,3,5,11).

El tratamiento de la enfermedad hasta ahora no ha sido definido por consenso, de ahí que el manejo del paciente se haga empíricamente e individualizado de acuerdo a la causa que identifique ⁽¹⁴⁾. No obstante, los estudios dan muestra de la utilización de cortico-esteroides y el beneficio de estos; además del uso de antibióticos como el Aciclovir máximo por 72 horas debido a la dificultad de diferenciar la meningitis aséptica de la bacteriana ⁽¹¹⁾.

La meningitis aséptica recurrente se ha asociado con estados de disminución de la inmunidad celular o inmunosupresión, en el caso de las enfermedades crónicas, y en algunos de estos casos asociada al uso de medicamentos antiinflamatorios para tratar la enfermedad de base. Como resultado, el tratamiento de esta afección está relacionado a la causa y a la respuesta del paciente a la enfermedad, y dado su poca prevalencia se ha dificultado la definición de un tratamiento específico e indistinto de la patología o causa subyacente.

Financiamiento:

Autofinanciado

Conflictos de Interés:

Los autores niegan conflictos de interés.

1. Rosenberg J, Galen BT. Recurrent Meningitis. *Curr Pain Headache Rep.* 2017;21(7):33.
2. Pearce JMS. Mollaret's meningitis. *Eur Neurol.* 2008;60(6):316–7.
3. Ginsberg L, Kidd D. Chronic and recurrent meningitis. *Pract Neurol.* 2008;8(6):348–61.
4. Corvini M, Randolph C, Aronin SI. Complement C7 deficiency presenting as recurrent aseptic meningitis. *Ann Allergy, Asthma Immunol.* 2004;93(2):200–5.
5. Ginsberg L. DIFFICULT AND RECURRENT MENINGITIS. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(1):16–21.
6. Shimasaki T, Chung H, Shiiki S. Case report: Five cases of recurrent meningitis associated with chronic strongyloidiasis. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;92(3):601–4.
7. Ohmichi T, Takezawa H, Fujii C, Tomii Y, Yoshida T, Nakagawa M. Mollaret cells detected in a patient with varicella-zoster virus meningitis. *Clin Neurol Neurosurg.* 2012;114(7):1086–7.
8. Miller S, Mateen FJ, Aksamit AJ. Herpes simplex virus 2 meningitis: A retrospective cohort study. *J Neurovirol.* 2013;19(2):166–71.
9. Nakamura Y, Nakajima H, Kano Y, Unoda K, Ishida S, Kimura F. Herpes simplex virus type 2-associated recurrent aseptic meningitis (Mollaret's meningitis) with a recurrence after 11-year interval: a case report. *Rinsho Shinkeigaku.* 2016;56(11):785–7.
10. Stuve O, Marder E, Okai A, Stettner M, Kieseier BC. Heat exposure and bicycling trigger recurrent aseptic meningitis: A case report. *BMC Neurol.* 2014;14(1):10–2.
11. Chen JX, Alkire BC, Lam AC, WTC, Holbrook EH. Aseptic Meningitis with Craniopharyngioma Resection: Consideration after Endoscopic Surgery. 2016;151–5.
12. Zoghiani A, Bon Mardion N, Callonnet F, Dehesdin D, Proust F, Marie JP. Transalar transsphenoidal meningoencephalocele presenting in the form of recurrent meningitis: Report of two cases and discussion of the diagnosis and treatment. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2016;133(6):423–7.
13. Komagamine T, Nagashima T, Kojima M, Kokubun N, Nakamura T, Hashimoto K, et al. Recurrent aseptic meningitis in association with Kikuchi-Fujimoto disease: case report and literature review. *BMC Neurol.* 2012;12:112.
14. Shen K, Yin G, Yang C, Xie Q. Aseptic meningitis in relapsing polychondritis: a case report and literature review. *Clin Rheumatol.* 2017;(April 2011):1–5.
15. Hsu K-C, Wu Y-R, Lyu R-K, Tang L-M. Aseptic meningitis and ischemic stroke in relapsing polychondritis. *Clin Rheumatol.* 2006;25(2):265–7.

Correspondencia

Luis Rafael Moscote-Salazar

Email: rafaelmoscote21@gmail.com

