



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/71 - Mi horrible cefalea

C.M. Cano Bernal^a, Y. Reverte Pagán^b, L. Blázquez González^b, M.T. Mayoral Sanchez^c, C. Alarcón Sáez^c y J.M. Jiménez Martínez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 31 años sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por cefalea bifrontal opresiva de cinco días de evolución asociada a vómitos, que impide el sueño, con pico de febrícula de 37,5 °C el primer día, afebril posteriormente. Presenta sonofobia, fotofobia, y congestión nasal. Esa misma mañana ha acudido a urgencias, siendo diagnosticada de cefalea tensional tras realización de TAC, pero vuelve a consultar por refractariedad a la analgesia y comienzo de rigidez de nuca. Se realiza punción lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales, afebril. Exploración física normal. Exploración neurológica: rigidez de nuca, resto normal. Kernig y Brudzinski negativos. Bioquímica y coagulación: normal. Hemograma: 9.600 leucocitos, 72,5% neutrófilos, 18,2% linfocitos, resto normal. TAC craneal: normal. LCR: leucocitos 380 (monocitos 99%, PMN 1%), hematíes 410, glucosa 52, proteínas 133,6.

Juicio clínico: Meningitis linfocitaria, probablemente vírica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis bacteriana, tuberculosa, fúngica, parasitaria, carcinomatosa, química, HSA, empiema subdural, osteomielitis craneal, Behçet, LES, sarcoidosis, vasculitis, encefalomielitis aguda diseminada, migraña, cefalea tensional.

Comentario final: La tríada clásica de la meningitis está compuesta por fiebre, cefalea y signos meníngeos. No obstante, esta clínica se presenta en un 44%, contando muchas veces con una sintomatología atípica, por lo que ha de tenerse en cuenta. Dada la alta mortalidad de la meningitis aguda bacteriana, resulta estrictamente necesario determinar a qué tipo de meningitis nos enfrentamos, pues es considerada una patología urgente tiempo-dependiente. En nuestra paciente, la meningitis está probablemente causada por un virus, con una evolución usualmente benigna, sin secuelas ni complicaciones. Aun así, es de vital importancia descartar que se trate de una MAB decapitada. Las meningitis linfocitarias precisan tratamiento de soporte y sintomático con reposición hidroelectrolítica, analgesia y antipiréticos, y antieméticos si precisase. A pesar del buen pronóstico de las meningitis víricas, es necesaria la observación en urgencias o, incluso, el ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piqueras Martínez AN, et al. Infecciones del sistema nervioso central. En: Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 4^a ed. Toledo: SANED, 2014.

2. Fernández Ruiz M, et al. Infecciones del SNC. Aguilar Rodríguez F, et al, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.