



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

387/63 - MENINGITIS VÍRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Ledo Méndez¹, P. López Tens², A. Blanco García², I. Alcalde Díez³, C. Gómez Vildosola⁴, D. Fernández Torre⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoñino II. Castro Urdiales. Cantabria.²Médico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.⁵Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años que avisó para valoración en domicilio por cuadro de 24 horas de evolución de malestar general y vómitos. A nuestra llegada, encontramos al paciente tendido en el suelo, con resto de vómito facial, bajo nivel de conciencia y lenguaje incoherente. Paciente independiente, viudo e hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg cada 24 horas. Tras la exploración inicial decidimos traslado al servicio de Urgencias del Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba temperatura de 38 °C, tensión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto con escala de coma de Glasgow de 11 (ocular 4, motor 5, lenguaje 2). Somnoliento con inquietud psicomotriz. Impresionaba de rigidez y dolor a la movilización cervical. Afasia. Meningismo. Reflejo cutáneo plantar flexor. Exploración sistémica anodina salvo roncus dispersos en la auscultación y lesiones ampollosas en pene. En las pruebas complementarias, en la bioquímica destacó un lactato 45 mg/dl, PCR 5 mg/dl, procalcitonina 0,45 ng/dl, hemograma con 15.800 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina 15,8 g/dl. Elemental y sedimento con Proteinuria, hematuria y leucocitos. Se realizó tomografía axial computarizada por persistencia de alteración del nivel de conciencia, donde se objetivó encefalomalacia gliosis de aspecto residual. Ante la sospecha de meningitis se realizó punción lumbar con líquido cefalorraquídeo normal. Se realizó un electroencefalograma con actividad cerebral de fondo difusamente enlentecida compatible con una encefalopatía inespecífica en grado moderado.

Juicio clínico: Meningoencefalitis vírica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis aguda bacteriana. Accidente cerebrovascular. Sepsis. Hipoglucemia.

Comentario final: Ante la sospecha de meningitis se realizó punción lumbar, descartando meningitis bacteriana aguda. Por la situación clínica del paciente con persistencia de bajo nivel de conciencia, afasia global y meningismo, se inició tratamiento con aciclovir ante la posibilidad de meningoencefalitis herpética por la presencia de lesiones en región genital por alta sospecha de herpes genital. La meningitis vírica es la causa más común de meningitis aséptica. La causa más frecuente de la meningitis vírica son los enterovirus (virus ECHO y Coxsakie), virus herpes simple, VIH y virus transmitidos por mosquitos. La transmisión es vía sanguínea, contacto con heces contaminadas o inhalación del virus. Los síntomas son de infección vírica inicialmente (fiebre, malestar general, tos, algias, vómitos, cefalea), que pueden pasar desapercibidos, siendo principales motivos de consultas en nuestras consultas de Atención Primaria; con aparición rigidez nucal y

fiebre posterior (hallazgos a veces solo tangibles en la exploración). El diagnóstico se realiza mediante punción lumbar y análisis del LCR. El tratamiento es sintomático y uso de aciclovir. Una correcta anamnesis y exploración física detallada es la guía fundamental para un diagnóstico acertado y tratamiento precoz inicial. Una meningitis sospechada debe de ser una meningitis descartada.

Bibliografía

Karen LR, Kenneth LT. Meningitis, encephalitis, brain abscess and empyema Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th ed, pp. 2621-41.

Chaussade H, Bernard L. Meningitis agudas del adulto. Elsevier.