



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

469/64 - LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Bendicho Artime¹, A. Quirós Mazariegos², O. Iraqui-Houssaini Rato², E. Suárez Jaquete², J. González Gómez², D. Fernández Ferreiro², P. Ureña Solís¹, P. Molero Pierres¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años, hipofrecuentadora, que acude a nuestra consulta de atención primaria. Trabaja como administrativa, sin antecedentes personales de interés, sin hábitos tóxicos. Refiere cervicalgia de inicio subaguda que no mejora con AINES que tomó por su cuenta. Empeoramiento de la clínica al final del día y con la movilización. Sin otra sintomatología de interés. Aumentamos pauta antiinflamatoria con opioide de rescate y medidas higiénico-posturales ante la sospecha de patología osteomuscular. Acude a los 3 días refiriendo no mejoría de síntomas con febrícula de hasta 37,8 °C. Ante la sospecha de meningitis, se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, con exploración normal en ambas consultas. Signos meníngeos negativos, ligera cervicalgia a la movilización. Exploración neurológica sin alteraciones. Febrícula objetivada en la segunda consulta.

Juicio clínico: En este caso, el diagnóstico deferencial, dada la evolución clínica y situación de la paciente (trabaja sentada) orientaría a cervicalgia muscular. La febrícula nos dio la clave para la sospecha, que tendrá que ser confirmada bioquímicamente con punción lumbar de líquido cefalorraquídeo. Tras esto, será necesario adecuar el tratamiento al microorganismo concreto.

Diagnóstico diferencial: Cervicalgia postural, meningitis.

Comentario final: La meningitis es una infección caracterizada por la inflamación de las meninges que en el 80% de los casos es causada por virus, y en el 15% al 20% lo es por bacterias. En este caso, se demostró con la punción lumbar, previo escáner cerebral y analítica sanguínea sin alteraciones, predominio linfocítico con proteínas altas y glucosa normal lo que orienta a cuadro vírico, objetivando Herpes zóster en el Film array. Ingresa en Neurología con tratamiento IV con aciclovir. Cabe destacar la pericia del facultativo de primaria de cara a la sospecha de meningitis en un cuadro simplemente consistente en cervicalgia y febrícula, con signos meníngeos negativos, poniendo así en alza la importancia de una buena exploración física y anamnesis en atención primaria, así como el seguimiento que se realiza a la paciente tras no mejorar con el tratamiento inicial.

Bibliografía

Bradshaw M, Venkatesan A. Herpes Simplex Virus-1 Encephalitis in Adults: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Neurotherapeutics*. 2016;13(3):493-508.

Josephson S, Richie M. A Practical Approach to Meningitis and Encephalitis. *Seminars in Neurology*. 2015;35(6):611-20.