



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

## 212/1885 - Meningitis: la importancia de la exploración

C. de Prados González<sup>a</sup>, C. Saavedra Menchón<sup>a</sup>, A. Muñoz Méndez<sup>b</sup>, R.L. Navarro Silvente<sup>c</sup>, C. Espín Giménez<sup>c</sup>, J.J. López Pérez<sup>d</sup>, A.B. Marín García<sup>a</sup>, M. Espinosa Cuevas<sup>e</sup>, M. Moreno Alfarof y A.L. Hernández Olivares<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistabella. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas de Almanzora. Almería. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 33 años que consulta por vómitos, febrícula y cefalea occipito-cervical intensa desde el día anterior que no cede con AINES. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. EF: signos de irritación meníngea sin focalidad neurológica. Se deriva a urgencias, con diagnóstico de cefalea tensional. Al día siguiente reconsulta y se vuelve a derivar a Urgencias con mismo diagnóstico. A los 4 días, presenta cefalea y fiebre, se remite de nuevo y es ingresada con sospecha de meningitis. Fue tratada con ceftriaxona + vancomicina iv 14 días y Fortecortín en su ingreso.

**Exploración y pruebas complementarias:** En AP presentaba Kerning+, Brudzinsky+, rigidez de nuca, febrícula y cefalea. En Urgencias: leucocitosis y TC craneal normal. PL: 11.150 leucocitos/mm<sup>3</sup> (75% PMN), cultivo negativo, muestra insuficiente para glucosa, proteínas y ADA. Serologías negativas. Rx de tórax, AngioRM cerebral y RM encefálica normales.

**Juicio clínico:** Meningitis bacteriana.

**Diagnóstico diferencial:** Encefalitis (alteración de la conciencia); absceso o tumor cerebral (focalidad neurológica); meningitis vírica (predominio mononuclear en LCR, RM); cefalea (ausencia signos meníngeos); rickettsiosis ( fiebre elevada, mialgias y exantema); hemorragia subaracnoidea (HTA, TC); meningitis por hipersensibilidad inducida por fármacos; meningitis carcinomatosa o linfomatosa; meningitis por trastornos inflamatorios como sarcoidosis, LES y enfermedad de Behçet (ausencia de clínica).

**Comentario final:** La meningitis bacteriana es una infección localizada en el espacio subaracnoideo, que afecta a meninges y puede afectar al parénquima cerebral. Constituye una emergencia que debe identificarse precozmente en AP con la exploración clínica. Debemos identificar los síntomas (cefalea, disminución de conciencia, vómitos, fiebre) y con la exploración reconocer los signos meníngeos, aunque el diagnóstico de certeza lo aporta el LCR. Ante una cefalea debemos de saber realizar una correcta anamnesis, exploración y saber identificar los signos de alarma precozmente, pues el tratamiento antibiótico no debería retrasarse más de 3h tras el diagnóstico de certeza.

### Bibliografía

1. Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna, 16<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill, 2005:12768-80.
2. Delsors Mérida-Nicolich E, Ruiz de Aguirre Maneiro S. ¿Tiene el paciente una Meningitis? AMF. 2013;9:24-7.
3. Piquerás Martínez A, Sánchez Maganto E, Martín Sánchez F, Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4<sup>a</sup> ed. Toledo: SEMES, 2014:745-53.

*Palabras clave:* *Meningitis. Kerning. Brudzinsky. Cefalea. LCR.*