



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1885 - Meningitis: la importancia de la exploración

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistabella. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas de Almanzora. Almería. ^fMédico 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/mm³ (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 consciencia); 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 consciencia, 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, 16ª 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. Piqueras Martínez A, Sánchez Maganto E, Martín Sánchez F, Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed. Toledo: SEMES, 2014:745-53.

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