Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):162

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3494 - ¿QUÉ HABRÁ SIDO PRIMERO?

Á.L. Díaz Alvarado[a], L.E. Ojeda Carmona[b], M.L. Centeno Cabrera[b], A. García-Lago Sierra[a], I. Galán López[c], P. Fombellida Gutiérrez[d], C.S. Melgar Reyes[e], M.O. Martínez Sánchez[f], P.A. Quezada Estévez[b] y F.R. Francisco González[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. [b]Médico Residente. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. [c]Médico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria. [d]FEA Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, NAMC, fumadora, obesa IQ bypass biliopancreático, ansiosa, hernia discal L5-S1 múltiples infiltraciones epidurales en los últimos meses (ultima hace 5 días). Acude por presentar desde hace 24 horas cefalea holocraneal y dolor cervical, acompañado de náuseas y vómitos en nº 3-4, así mismo fiebre 38 ºC. Evoluciona satisfactoriamente con antibioterapia y posteriormente la paciente añade presentar 7 días antes rinorrea acuosa por FND que paro durante dicho ingreso. A los 3 meses acude por presentar rinolicuorrea y es diagnosticada fistula espontánea de LCR seguida por Neurocirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente, febril, afectada. TA: 110/55 mmHg FC: 75x&#39. Neurológico: consciente, orientada, pares craneales indemnes, rigidez de nuca con signos meníngeos (+). Laboratorio: Hb 10,5, leuco: 8.500, seg: 90,8%. TAC craneal: no hallazgos patológicos. Punción lumbar: LCR cel: 2.550, PMN: 89, Gluc: 72,5, Prot: 72,6. Hemocultivos (-). Cultivo LCR: *H. influenzae*. Beta2 microglobulina nasal: +.

Juicio clínico: Meningitis aguda bacteriana por *Haemophilus influenzae* en paciente con lumbociatalgia crónica y fístula espontánea de LCR.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis, hemorragia subaracnoidea, meningitis viral y tuberculosa, abscesos cerebrales, tumor cerebral.

Comentario final: La meningitis bacteriana aguda es una enfermedad prevalente en todo el mundo; constituye una emergencia médica. Su epidemiología es variable y los principales agentes en adultos: *S. pneumoniae, N. meningitidis, H. infuenzae, L. monocitogenes. H. influenzae* tipo B es la causa más frecuente de meningitis entre los 3 meses y 6 años de edad. Actualmente la frecuencia de meningitis debida a *H. influenzae* en niños ha disminuido debido a la vacunación, factores predisponentes tales como defectos anatómicos (trauma craneal, fístula de LCR) o alteraciones de la inmunidad humoral, están presentes en la mayoría de los adultos con meningitis por este patógeno. Las manifestaciones clínicas clásicas no siempre están presentes principalmente en adultos

mayores. El diagnóstico requiere estudio de LCR y técnicas de biología molecular. El tratamiento antibiótico debe ser instaurado rápidamente para mejorar pronóstico y corticoides en adultos tiene sólo beneficios en etiología neumocócica.

Bibliografía

1. Blamey DR. Meningitis Bacteriana Aguda. Rev Med Clin Condes. 2014;25(3):534-40.
2. Van de Beek D, de Gans Jans, Tunkel AR, Wijdicks EFM. Community-acquired bacterial meningitis in adults. N Engl J Med. 2006;354:44-53.

Palabras clave: *Meningitis. Fístula. LCR. Lumbociatalgia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.