



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

212/1797 - Me duele la cabeza y tengo ESCALOFRÍOS

M.J. Prado Coste^a, N.E. Terrero Ledesma^b, R.M. Acosta Mercedes^b, N. Guerrero Lugo^c, M. del Campo Giménez^b y M.J. Villar Hinarejos^d

^aMédico Residente. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^bMédico Residente. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castroviejo. Madrid. ^dResidente de Familia. Centro de Salud Zona V. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 52 años, esplenectomizado hace 30 años tras accidente de tráfico. Meningitis a los 30 y 33 años de edad. Refiere desde hace un mes cuadro catarral, por el que no consulto. Desde anoche cefalea opresiva holocraneal que aumenta con los movimientos cervicales, no fotofobia, no sonofobia. Fiebre de 38,4 °C. No náuseas ni vómitos. No tos ni expectoración. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: REG, NH, NC, eupneico en reposo con Temp 38,8 °C, TA 138/92, FC 97, SatO2 96%. Neurológico: CYO en las 3 esferas. Lenguaje coherente y fluido. PICNR. Pares craneales normales. No dismetrías. Fuerza conservada en las 4 extremidades. No rigidez nucal. Kerning y Brudzinski negativo, aunque refiere aumento de cefalea con las maniobras. Resto sin interés. Hemograma: Hb 14.8, plaquetas 334.000, leucocitos 15.970 (N 12.720, L 1.970). Resto normal. TAC craneal: áreas encefalomalacicas frontobasales bilaterales de mayor tamaño en el lado izquierdo, sugieren secuelas de traumatismo antiguo. Ocupación de celdillas etmoidales y senos frontales sobre todo izquierdo. P. lumbar: Líquido turbio. Células 1.220 (87% PMN y 13% MN), hematíes 35, proteínas 2,67, glucosa 21. Tinción de gram LCR: Abundantes leucocitos y ausencia de flora microbiana. Cultivo de LCR: *H. influenzae*. Hemo y urocultivos: negativos.

Juicio clínico: Meningitis por *H. influenzae* en paciente esplenectomizado por politraumatismo previo. Sinusopatía maxilar izquierda y ocupación probablemente crónica de seno frontal izquierdo, Sin datos en la actualidad de fistula en LCR.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis, abscesos cerebrales, HSA, M. virales, bacteriana.

Comentario final: El paciente ingreso a cargo de infecciosa por meningitis aguda, iniciándose tratamiento empírico con cefotaxima, vancomicina y ampicilina. Aislamiento en cultivo de LCR de *H. influenzae*, por lo que se retira vanco y ampicilina, permaneciendo con ceftriaxona durante 7 días, sin complicaciones y retornando a su situación basal. Se vacuno durante el ingreso para meningitis B y neumococo. Es muy importante correlacionar antecedentes patológicos personales con la enfermedad actual.

Bibliografía

1. Swartz MN. La meningitis: bacteriana, viral, y otros. En: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicina, 23rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007.

Palabras clave: Cefalea. Fiebre. Esplenectomía.