



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/358 - CEFALEA "TENSIONAL"

A. Cabrera Aguilar<sup>a</sup>, M. Molano Camacho<sup>a</sup>, F. López Sánchez<sup>b</sup>, A. Martín Díaz<sup>c</sup> y Á. Martínez Tolosa<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 29 años sin antecedentes de interés que acude a nuestra consulta por mal estar general, cefalea holocraneal opresiva con irradiación a zona trapezoidea de una semana de evolución. Ya fue valorada en nuestra consulta con diagnóstico de cefalea de características tensionales sin signos de alarma pautándole analgesia de primer nivel. Hoy acude con la misma sintomatología asociando temperatura axilar de 37,5 °C con sensación nauseosa sin vómitos. No otras alteraciones. Con esta exploración física, derivamos a atención secundaria para completar estudio. Durante su estancia en hospital se mantiene con medidas sintomáticas resolviéndose el cuadro al alta hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física en AP fue normal, excepto la exploración neurológica existiendo rigidez de nuca con Kernig +. Brudzinski negativo. Pruebas complementarias en Atención secundaria: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Punción lumbar: líquido transparente y claro. Citobioquímica: Pleocitosis con predominio linfocitario. Cultivo de LCR: Estéril. TC y RMN sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Meningitis linfocitaria de etiología vírica.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Meningitis vírica por enterovirus, coxsaquie A y B, echovirus, CMV, herpesvirus, VIH, brucella abortus, toxoplasma. 2. Meningitis bacteriana por Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis y Listeria monocytogenes. 3. Meningitis de etiología farmacológica.

**Comentario final:** La meningitis viral se caracteriza por una respuesta inflamatoria del LCR poco acusada, con pleocitosis discreta de predominio habitualmente linfocítico. Es más frecuente que la bacteriana, sigue un curso evolutivo más benigno, a excepción de inmunocomprometidos y lactantes donde con frecuencia se asocia a complicaciones neurológicas e incluso mortalidad. El diagnóstico de sospecha se produce por la coincidencia de síntomas y signos de infección (como fiebre), de irritación meníngea (como cefalea, fotofobia, rigidez nuca) y de afectación del SNC (como alteración del nivel de conciencia). No se puede diferenciar por la clínica, de un modo fiable, entre meningitis vírica y bacteriana por lo que ante la sospecha clínica se debe remitir al paciente al hospital. Habitualmente solo es necesario tratamiento sintomático.

## Bibliografía

1. Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, et al. Acute bacterial meningitis in adults. A review of 493 episodes. *N Engl J Med*. 1993;328:21.
2. Domingo P, Mancebo J, Blanch L, et al. Fever in adult patients with acute bacterial meningitis. *J Infect Dis*. 1988;158:496.

**Palabras clave:** Linfocitaria. Meningitis. Cefalea.