



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

242/4641 - MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Pache Ferrero^a, N. Vivar Hernández^b y T. Vegas Jiménez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud de San Fernando. Badajoz. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de atención primaria por presentar cefalea frontal intensa de 72 horas de evolución, que se acentúa al inclinar el cuerpo hacia delante y se acompaña de emisión por nariz de líquido claro y transparente. No responde a analgésicos intravenosos y tiene afectación nocturna. La paciente refiere vómitos esporádicos de 24 horas de evolución. Durante la anamnesis observamos bradipsiquia y retardo motor a la hora de obedecer una orden. No presenta otra sintomatología. Tras ser derivada al servicio de urgencias sufre episodio de desconexión del medio con mirada perdida y cierre forzado de puños y posterior cuadro de confusión y desorientación con repetición de frases incoherentes.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/73, SatO₂: 99%. Regular estado general. Vigil, orientada temporoespacialmente, consciente y bradipsíquica. Exp. neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Sensibilidad y fuerza conservadas. No dismetrías ni disdiadococinesia. Barré negativo. Rigidez de nuca, signos de Brudzinsky y Kernig negativos. ROT presentes. Reflejo cutáneo plantar flexor. Romberg negativo. Marcha normal. ACP: normal. Analítica de sangre: Normal. Punción lumbar: LCR ligeramente turbio, 600 hematíes/ul, leucocitos 520 leu/ul, mononucleares 100%, polimorfonucleares 0%. Sin gérmenes. BAAR negativo. Glucosa 46 mg/dl. ADA 4,9 UI/l, proteínas totales 90,3 mg/dl. Cultivo negativo. PCR enterovirus negativo. VHS-1 positivo. EEG: anomalías epileptiformes hemisféricas derechas. RM cerebral: extensa área subcortical a nivel temporal, hipocampo e insular derecha hiperintensa en T2 e hipointensa en T1. No realza tras contraste. Sin restricción de difusión. Compatible con encefalitis.

Juicio clínico: Meningoencefalitis por VHS tipo 1.

Diagnóstico diferencial: LOE, migraña, patología vascular.

Comentario final: La actuación del médico de atención primaria ante una cefalea deber ser prudente, realizando un diagnóstico diferencial desde patologías banales a patologías graves. Para ello, es muy importante la anamnesis y exploración física del paciente, conociendo los criterios de derivación para poder realizar las pruebas complementarias necesarias y pautar el tratamiento correcto en un tiempo aceptable.

Bibliografía

1. Gil Compay JA, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre neurología (SAN) y atención primaria (Semergen Andalucía). Criterios de derivación; Semergen. 2012;38(4):241-4.

Palabras clave: Meningoencefalitis. Cefalea. Criterios de alarma cefalea.