



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

## 242/238 - VIGILANDO A LOS LÓBULOS TEMPORALES

S. Castán Moros<sup>a</sup>, A. Massana Raurich<sup>b</sup>, G. Sanmiquel Molinero<sup>c</sup> y R. García Trigo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Ulldecona la Senia. Tarragona. <sup>b</sup>Médico de Familia. CAP El Clot. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. ABS La Guineueta. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia. ABS Manso. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 38 años que consulta por presentar desde hace 4 días cuadro de cefalea hemicraneal D sin alteraciones visuales que no cede con analgesia y aumenta al realizar maniobras de Valsalva (toser) junto con escalofríos y dos vómitos.

**Exploración y pruebas complementarias:** 1<sup>a</sup> visita CAP: febrícula de 37,3 °C, exploración neurológica sin alteraciones. Se deriva a urgencias hospitalarias. 1<sup>a</sup> visita urgencias hospitalarias: analítica, sedimento, gasometría y TC cráneo sin alteraciones. Se alta con orientación diagnóstica de sobreinfección respiratoria con tratamiento antibiótico y analgesia. 2<sup>a</sup> visita urgencias: reconsulta en menos de 24h a urgencias por cefalea cada vez más intensa y fiebre 38 °C. EF: sin signos meníngeos ni focalidad neurológica, tampoco otro foco infeccioso. Se realizan las siguientes pruebas: Rx tórax: sin alteraciones. Hemocultivos: pendiente. TC cráneo control a las 24h: extensa hipodensidad parietotemporal y frontobasal D en relación con extensa encefalitis. Punción lumbar (PL): líquido claro, eritrocitos: 80, leucos 280, linfos 98,2%, neutros: 1,8%, proteína 118-1, glucosa 60. ADA positivo. PCR positiva para VHS tipo I.

**Juicio clínico:** A la espera de resultados de la punción lumbar el paciente ingresa en planta con tratamiento empírico pero a las 72h empeora su focalidad neurológica con plegia ESI, paresia 3/5 en EEII, parálisis facial izquierda y hemianopsia. Se decide ingreso en UCI, es valorado por Neurocirugía, realizándose craniectomía descompresiva parieto-temporal. Finalmente, ya con resultados de PL se inicia aciclovir durante 21 días, evoluciona lenta pero favorablemente.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis vírica, bacteriana, tuberculosa.

**Comentario final:** La meningitis es la infección más común del SNC. Muy frecuentemente el inicio es abrupto y insidioso con escasos o nulos hallazgos en el TC. Ante cefalea y fiebre se debe evaluar cuidadosamente el TC cráneo, sobre todo los lóbulos temporales que es donde el VHS muestra tropismo. Un diagnóstico precoz evita graves secuelas clínicas.

### Bibliografía

1. Guía Médica de la Societat Catalana de Neurologia. Diagnòstic i tractament de la cefalea.
2. Grossman RI, Yousem DM. Neuroradiología. Marban, 2007.
3. Actualización en cefalea para atención primaria. Grupo de estudio de cefalea, Sociedad Española de Neurología. Ediciones Aula Médica, 2007.

**Palabras clave:** Cefalea. Lóbulos temporales. Fiebre.