



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/722 - ODINOFAGIA COMPLICADA ¿NO TODO ES LO QUE PARECE!

E. Pérez Castro^a, Á. López Llerena^b, M. López-Sidro López^c, E. Gómez Gómez- Mascaraque^d, G. Molina Barriga^e y C. Vasilescu^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreloredones. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid. ^cMédico de Familia. Hospital El Escorial. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años valorado hace 48 horas por odinofagia asociada a leve cefalea holocraneal y náuseas diagnosticado de faringitis bacteriana y en tratamiento con amoxicilina/ac. clavulánico. Acude de nuevo a consulta, refiriendo hemiparesia facial derecha, visión borrosa y debilidad en miembro inferior derecho de 3 horas de evolución. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: destaca ORL: orofaringe hiperémica, leve hipertrofia amigdalar. Oído derecho: hipoventilación. Neurológico: Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares sin restricciones. Nistagmus horizontal-rotatorio con batida a la izquierda. Asimetría facial por parálisis facial periférica derecha. Lenguaje y habla normal. No dismetrías ni disidiadococinesias. Disminución de fuerza en MID. Reflejos conservados. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Rigidez moderada de nuca. Se deriva al Servicio de urgencias e ingresa para estudio, encontrando en la analítica: leucocitos 12.600 con 76% neutrófilos, glucosa 104 mg/dl, urea 64 mg/dl, PCR 0,18 mg/dl. Resto normal. En serología: HBc total: positivo, HBs Ac: positivo, CMV IgG: positivo. TC craneal sin hallazgos de interés y líquido cefalorraquídeo tras punción lumbar: leucocitos 173 células, 97% mononucleares, proteínas totales 83,8 mg/dl, glucosa 39 mg/dl. No gérmenes en GRAM. Antígeno neumococo y baciloscopia negativos. Cultivo de bacterias negativo. RM cerebral sin hallazgos de interés.

Juicio clínico: Meningitis linfocitaria de probable etiología vírica. Parálisis facial periférica derecha. Ototubaritis derecha.

Diagnóstico diferencial: Meningitis aguda purulenta, meningitis tuberculosa, carcinomatosis meníngea, meningitis vírica, meningitis tuberculosa, encefalitis, abscesos cerebrales.

Comentario final: Ante la sospecha clínica de un síndrome meníngeo (proceso inflamatorio de la leptomeninges), una adecuada derivación al hospital de referencia para estudio definitivo con pruebas de imagen y análisis del líquido cefalorraquídeo son determinantes para el pronóstico y la funcionalidad del paciente. La precocidad en una adecuada sospecha diagnóstica por los médicos de atención primaria es vital para un correcto diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galán I, de Miguel Campo B, Catalán Martín PM, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8ª ed; 2016.

Palabras clave: Meningitis. Parálisis facial periférica. Atención primaria.