

347/2076 - ¿PUEDE SER OTRA VEZ LO MISMO?

T. Rama Martínez^a, I. Damas Pérez^a, R. Rodó Bernadó^a y C. Farré Casafranca^b

^aMédico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona. ^bEnfermera. CAP El Masnou. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años con antecedentes de polipectomía nasal hace 12 años y asma bronquial. Acude al centro de salud de urgencias por presentar desde hace 24 horas cefalea holocraneal continua e intensa, con vómitos. En la exploración física destaca mal estado general, algo desorientada, pulso: 115 latidos por minuto, temperatura 38,3 °C, y meningismo, por lo que se traslada al hospital. Analítica: en urgencias destaca leucocitosis con desviación izquierda y reactantes de fase aguda elevados, tomografía axial computarizada craneal (TC) anodina y punción lumbar compatible con meningitis bacteriana. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, con buena evolución. La tinción Gram del líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra bacilo gramnegativo de aspecto Haemophilus. Los cultivos son negativos. Dos años después acude al centro de salud de urgencias por presentar, pocos días después de haber padecido una infección respiratoria de vías altas, cefalea grave, náuseas y fiebre. Exploración anodina. Se deriva al hospital. El cultivo de LCR evidencia S. pneumoniae. Evolución favorable. Al alta se deriva al otorrinolaringólogo para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Endoscopia nasal: poliposis mínima bilateral. TC craneal: Ausencia de cornete inferior derecho y etmoidectomía izquierda, con discontinuidad ósea de 4,6 mm en lámina cribosa etmoidal. Resonancia magnética craneal: fístula de LCR/meningocele.

Orientación diagnóstica: Meningitis bacteriana recurrente (MR) por fístula de LCR.

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades infecciosas, inmunodeficiencias, etc.

Comentario final: La meningitis es una enfermedad con elevada morbimortalidad. La MR se presenta en un 4-9%, sobre todo después de neurocirugía o traumatismo, aun pasados años. En los pacientes de edad avanzada su presentación puede ser atípica, predominando la alteración de conciencia. En cambio es menos frecuente el meningismo. Presentan mayor riesgo de complicaciones neurológicas y sistémicas. El diagnóstico definitivo se realiza por clínica, laboratorio y pruebas de imagen. Se descartarán inmunodeficiencias. En toda MR hay que buscar su causa e intentar tratarla. En este caso, la paciente rechazó la cirugía reparadora.

Bibliografía

1. Janocha-Litwin J, Simon K. Recurrent meningitis—A review of current literature. *Przegl Epidemiol.* 2013;67:41-5.
2. Ruas R, Ribeiro N. Meningoencephalocele causing recurrent meningitis. *Clin Case Rep.* 2018;6(5):944-5.

3. Sharma SD, Kumar G, Bal J, et al. Endoscopic repair of cerebrospinal fluid rhinorrhoea. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2016;133(6):423-7.

Palabras clave: Meningitis recurrente. Fluido de fistula cerebroespinal.