

347/2537 - CEFALEA, DE LA CRISIS MIGRAÑOSA A LA MENINGITIS VÍRICA

C. Flores Guardabrazo, C. Martín Alonso y L. Cervera Yrazusta

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años con antecedentes migrañosos presenta desde hace 3 días cefalea holocraneal y retroocular bilateral que interrumpe el descanso, siendo estas características diferentes a las de sus crisis migrañosas habituales. Se le pauta tratamiento con nolotil intramuscular, cediendo parcialmente. Al día siguiente acude de nuevo por persistencia del dolor y aparición de lesiones vesiculosa en hipocondrio derecho compatible con herpes zoster - sospechamos meningitis vírica. Se solicita TAC craneal y punción lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 118/90, FC: 69 lpm, SatO₂: 100%, T^o: 36,6 °C. ACP: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: sin edemas, sin signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz, movimientos oculares extrínsecos conservados, no rigidez nuca, pares craneales conservados, no dismetrías, no perdida de fuera ni sensibilidad, Glasgow 15/15. TAC craneal: sin hallazgos patológicos. Hemograma, bioquímica y coagulación: parámetros dentro de la normalidad. Análisis LCR: líquido aspecto claro, 550 leucocitos/?l (MN 89%, PMN 11%), hematíes 10.000/?l (punción traumática), proteínas 497,2 mg/dl, PCR VVZ+. Análisis posteriores; IgM VVZ +, cultivo -.

Orientación diagnóstica: Meningitis vírica por virus varicela-zóster.

Diagnóstico diferencial: Tras obtención de resultados de pruebas complementarias se aclara el diagnóstico diferencial, que planteaba dudas entre recidiva de crisis migrañosa y meningitis por virus herpes zoster. Otros diagnósticos diferenciales: otras meningitis víricas (VHS), rickettsiosis, infecciones focales de sistema nervioso central, hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Las cefaleas abarcan un amplio diagnóstico diferencial, que va desde patología benigna a potencialmente grave. El cambio del patrón del dolor en la migraña debe orientarnos a otro diagnóstico alternativo y debe estudiarse. La meningitis por VVZ es una entidad a tener en cuenta cuando se produce clínica neurológica en contexto de lesiones cutáneas. Destacable la ausencia de exantema en el 40% de las meningitis por VVZ. Las meningitis víricas pueden presentar clínica larvada y con poca afectación sistémica.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Meningitis. VVZ. Migraña.