



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/594 - CEFALEA Y FIEBRE, LA IMPORTANCIA DEL UNA BUENA EXPLORACIÓN

M. De Francisco Montero^a, M. Aguado de Montes^b, I. Gabaldón Rodríguez^c y A. Varo Muñoz^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Palmeritas. Sevilla. ^bMédico de Familia. Centro Salud San Pablo. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud las Palmeritas. Sevilla. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Palmeritas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón 49 años, diabético y dislipémico. Acude a nuestra consulta por cefalea y aftas bucales de 4 días de evolución con pico febril (39 °C) al inicio del cuadro. Cuando consulta la fiebre ha respondido a tratamiento antitérmico pero no la cefalea que describe como holocraneal y se ha vuelto más intensa con el paso de los días.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: movimientos extraoculares conservados, dolorosos en los últimos grados de todos los movimientos. No debilidad orbicular, buen cierre palpebral. Asimetría facial, descenso de comisura bucal izquierda. Signos meníngeos negativos. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No alteraciones en la marcha, equilibrio ni coordinación. Lenguaje conservado. Resto de exploración física sin alteraciones. Derivamos a urgencias hospitalarias, se realiza analítica y TAC craneal sin alteraciones. Punción lumbar (líquido claro), bioquímica: células 520, hematíes 400, PMN 11, mononucleares 98, proteínas 1,13, glucemia 0,736. Ingresa en Infecciosos: Sospecha de meningoencefalitis por VVZ. Dicha sospecha se mantuvo a pesar de posteriores PCR VHS/VVZ negativas. Gram y cultivo negativos. Buena evolución durante el ingreso. Tratamiento: Aciclovir 750 mg/8h IV, posteriormente valganciclovir VO que finalizó en domicilio. Mantuvimos seguimiento tras alta, reducción progresiva de analgesia e incorporación laboral.

Orientación diagnóstica: Atención Primaria: viriasis con afectación neurológica. Alta hospitalaria: meningoencefalitis linfocitaria de curso agudo-subagudo, probablemente por VVZ.

Diagnóstico diferencial: Síndrome febril simple, meningoencefalitis, neuritis óptica.

Comentario final: El paciente presentaba una sintomatología muy inespecífica, si no se hubiera realizado una exploración neurológica exhaustiva la evolución habría sido más tórpida con retraso en el diagnóstico y tratamiento. Por tanto este caso es un ejemplo de la importancia tanto de realizar siempre una adecuada exploración física como de estar alerta para identificar síntomas de alarma en nuestro día a día.

Bibliografía

1. Piñeiro Fernández J, Rubal Bran D, Iñiguez Vázquez I, et al. Descripción de la meningitis por virus varicela zóster (VVZ) en el Área Sanitaria de Lugo en los últimos 5 años. Revista Clínica Española. 2014;214:300.

2. Meijide H, Freire S, Vega P, et al. Meningoencefalitis por virus varicela-zóster: una entidad infrecuente de síndrome confusional agudo en el anciano. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2011;29:632.

Palabras clave: Migraña. Fiebre. Meningoencefalitis.