

347/866 - ¡DE UN CATARRO A UCI!

J. Ruano García^a, L. Zambrano Serrano^b y E. López Mostazo^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga. ^bMédico de Familia. Centro Salud Torrox. AGS Este de Málaga. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Sur. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Se recibe un aviso al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU) desde el centro coordinador como prioridad 1 sobre un paciente de 23 años, sin antecedentes de salud conocidos, por una crisis comicial. La familia cuenta que presenta desde hace una semana un cuadro catarral de varios días de evolución con tos con expectoración, artromialgias y fiebre de hasta 39 °C en tratamiento con paracetamol y mucolíticos sin prescripción médica. Esta tarde ha comenzado con agitación, lenguaje incoherente y desorientación; seguidamente convulsiones tónico-clónicas y diminución del nivel de conciencia. En su traslado al hospital el paciente se muestra agitado y el Servicio de Urgencias precisa intubación orotraqueal bajo sedación por midazolam por agitación incontrolable. Se inicia antibioterapia con ceftriaxona y tras realización de pruebas complementarias se ingresa en el Servicio de Cuidados intensivos donde permanece doce días con soporte ventilatorio, medidas antiedema y se suspende ceftriaxona pautando aciclovir intravenoso.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración DCCU: disminución de conciencia, Glasgow 13. PICNR. No rigidez de nuca. Tª: 37,5 °C, bradicárdico, eupneico, pálido, SatO2: 91%, TA: 150/70 mmHg. FR: 37 rpm. Auscultación: rítmica, sin soplos ni ruidos respiratorios. Abdomen normal. Analítica: leucocitos 10.100. Hb: 16. Plaquetas 368.000. Cr 1,2, Glu 189, iones, coagulación, gasometría y sistemático anodino. Cannabis +. TAC craneal: borrosidad de surcos. Posible edema sin otras alteraciones intracraneales. Ocupación de senos paranasales. Líquido cefalorraquídeo: predominio de celularidad mononuclear, proteínas altas y glucosa normal.

Orientación diagnóstica: Meningoencefalitis de probable origen vírico.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis vs meningoencefalitis vs meningitis bacteriana vs vírica vs herpética.

Comentario final: Es importante conocer la etiología de la epilepsia según la edad; en nuestro caso y por orden de frecuencia se encuentran los traumatismos craneoencefálicos, el alcoholismo y las drogas, las infecciones, así como los tumores primarios y secundarios o las causas idiopáticas. La meningoencefalitis vírica es una entidad que sin tratamiento precoz puede tener un mal pronóstico.

Bibliografía

1. Karen LR, Kenneth LT. Meningitis, encephalitis, brain abscess and empyema. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th ed, pp. 2621-64.

Palabras clave: Meningoencefalitis. Adultos jóvenes. Virus.