Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 2174

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/339 - DESDE HACE DÍAS HAY UNAS PERSONAS QUE ENTRAN EN MI CASA ATRAVESANDO LAS PAREDES...

B. García Sánchez[a], D. Arias Ramírez[b], L. Barata Sánchez[b] y C. Serra Vila[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid Noroeste.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años, independiente y viudo, con antecedentes de HTA, DM2, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica y laberintitis osificante derecha. Es encontrado en la vía pública con discurso incoherente presentando ideación delirante persecutoria. No colabora en la anamnesis.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: tensión arterial 128/66 mmHg, temperatura 36,7 ºC, SatO2 99%. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos. Neurológicamente está desorientado en tiempo y espacio, labilidad emocional, discurso delirante, sin alteraciones del lenguaje y ptosis derecha. Se realizan las siguientes pruebas complementarias una vez derivado al servicio de urgencias; electrocardiograma en ritmo sinusal a 71 lpm. Analíticamente presenta leucocitosis, hemoglobina y plaquetas en rango, INR 1,24, glucemia 145 mg/dl, creatinina 2,1 mg/dl (previa 1,6), proteína C reactiva 5,7 mg/dl, sedimento anodino y tóxicos en orina negativos. Radiografía de tórax superponible a previa. Escáner de cráneo informado sin patología aguda intracraneal, con ocupación de oído medio derecho y celdillas mastoideas.

Orientación diagnóstica: Fue valorado por psiquiatría, a la exploración psicopatológica presenta alteraciones de memoria, alucinaciones visuales espontáneas y delirio subsecuente a dichas alucinaciones; se descarta patología psiquiátrica encontrándonos ante una sintomatología compatible con cuadro orgánico. Por tanto, impresiona de cuadro confusional con sospecha de meningitis/encefalitis por lo que se realiza punción lumbar en donde se confirma hiperproteinorraquia y leucocitosis de predominio mononuclear; compatible con encefalitis herpética versus vírica de otro origen. Se inició aciclovir e ingresó en Neurología. Se completó el estudio con RM cerebral en donde se objetivó meningitis en fosa posterior derecha en relación con complicación de otomastoiditis derecha con empiemas epidurales y trombosis parcial del seno venoso sigmoides. Se inició antibioterapia durante 14 días y evolucionó favorablemente, sin fluctuación del nivel de conciencia ni déficit motor; cognitivamente presentó deterioro cognitivo ligero.

Diagnóstico diferencial: Síndrome confusional agudo, demencia, trastorno delirante.

Comentario final: Cualquier enfermedad moderada-grave puede ser responsable de un síndrome confusional agudo: una infección, alteración iónica, alteración endocrina, cardíaca, pulmonar,

neurológica, neoplásica, farmacológica, abstinencia, consumo de tóxicos... En ancianos la causa más frecuente es la infección urinaria. Los procesos quirúrgicos relacionados son las intervenciones cardíacas y de cadera.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Meningitis. Laberintitis.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.