

347/3979 - MENINGITIS ASÉPTICA

J. Lobato Carrasco^a, C. Sanz de la Morena^b y J. Juan Gaceo^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años de edad con antecedente de LES que acude a Urgencias por fiebre de 38,5 °C desde hace tres días, empeoramiento de sus lesiones cutáneas y cefalea pulsátil de predominio en región frontal. Como antecedentes de interés, fue diagnosticada de LES en 2014 (con brotes de actividad articular y hematológica desde 2016) y en tratamiento actualmente con Imurel tras intolerancia a metotrexato. Presentó un episodio en 2017 de meningitis aséptica que asociaron a Ibuprofeno, aún no claramente filiado. Intolerancia a ibuprofeno y Acoxxel.

Exploración y pruebas complementarias: General: decaimiento, consciente, vigil y orientada. Ligeramente taquipneica. Palidez mucocutánea. TA 95/63, satO₂: 99%, FC 120 lpm, T^o 38,5 °C. AC: RsCsRs, sin soplos. AP: MVC, no ruidos respiratorios. Abdomen: no doloroso, no signos de irritación peritoneal. No hepatoesplenomegalia. No masas pulsátiles en abdomen. No adenopatías. Neurológica: oculomotor normal. Maniobras meníngeas (signos de Brudzinski y Kernig negativos). Marcha y equilibrio normales. Fuerza 5/5 y sensibilidad conservada en extremidades. MMII: no edemas ni signos de TVP.

Orientación diagnóstica: Tras su estancia en urgencias, con estabilización hemodinámica inicial con fluidoterapia y administración de antibioterapia empírica ingresa a cargo del servicio de Reumatología, con sospecha de síndrome meníngeo, que es la primera probabilidad diagnóstica. La ausencia de un claro foco pulmonar o de clínica respiratoria, apoyada por una radiografía normal hacen improbable la posibilidad de brote lúpico pulmonar. Teniendo en cuenta la historia clínica, otra posibilidad sería la intolerancia al nuevo tratamiento, pues se cambió de metotrexato a Imurel 10 días antes de la visita a Urgencias.

Diagnóstico diferencial: Síndrome febril en paciente con lupus eritematoso sistémico. Síndrome meníngeo. Anemización en contexto de actividad lúpica.

Comentario final: Pese a la posibilidad diagnóstica de meningitis, que ya presentó un año atrás, no se aísla en el ingreso ningún microorganismo, no hay clínica específica y el TAC craneal resulta normal.

Bibliografía

1. Cano Vargas-Machuca E, Mondejar Marín B, Navarro Muñoz S, et al. Meningitis recurrente aséptica secundaria a toma de ibuprofeno y ketorolaco.
2. Hidalgo Nater A, Cárdenas Contreras R, Najem Risk N, et al. Meningitis aséptica probablemente inducida por ibuprofeno en una paciente con lupus eritematoso sistémico.

Palabras clave: Meningitis. Ibuprofeno. LES.