



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4551 - MENINGITIS ASÉPTICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

B. Guerra Pérez^a y M. Jiménez Cuevas^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que consulta por dolor abdominal difuso, un vómito 6 horas previas sin producto patológico, malestar general y diplopía de 3 horas de evolución en todas las direcciones. Refiere los cuatro días previos vómitos y diarreas, que fue tratado con tratamiento sintomático por su médico de familia cediendo. No fiebre en ningún momento. Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución en tratamiento con metformina.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica destacó diplopía en todas las direcciones, sin otros datos significativos. No signos meníngeos. Abdomen sin hallazgos patológicos. Analítica: PCR: 43,7 mg/L. Leucocitos: $12,99 \times 10^3$. Neutrófilos: 35,6%. Linfocitos: 19,6%. Ecografía abdominal: no hallazgo patológico. TAC craneal: sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: líquido claro, apariencia normal, leucocitos: 240 mm², polimorfonucleares: 30%, mononucleares: 70%, Gram negativo, glucosa: 71,2 mg/dl y proteínas: 101,7 mg/dl. PCR: positiva para virus de Epstein-Barr en LCR. Serología enterovirus: herpes simple I y II IgG positivo, herpes simple I y II IgM positivo. RNM: hallazgos compatibles con encefalitis.

Orientación diagnóstica: Meningitis y encefalitis. Se orienta el caso como meningitis aséptica, con encefalitis, que mejora con tratamiento con aciclovir intravenoso y posteriormente vía oral, aunque queda con secuelas de tetraparesia flácida, actualmente en seguimiento por su médico de atención primaria y rehabilitación.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis. Ictus. Meningitis. Encefalitis. Hemorragia craneal.

Comentario final: Presenta dos problemas: debut con sintomatología digestiva de meningitis aséptica y consecuencias (encefalitis) de tardía instauración del tratamiento. Tener en cuenta múltiples etiologías, incluso toma de ibuprofeno.

Bibliografía

1. Trallero G, Casas I, Tenoria A, et al. Enterovirus in Spain: virological and epidemiological Studies over ten years F (1988-1997). *Epidemiol Infect.* 2000;124:497-506.
2. Frantzidou F, Kamaria F, Dumaidi K, et al. Aseptic men angitis and encephalitis because of herpesviruses and enteroviruses in a immunocompetent adult population. *Eur J Neurol.* 2008;15:995-7.
3. Otero JA. Mningitis aséptica aguda: muchas causas a considerar. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30(7):359-60.

4. Moreno-Ancillo A, Gil-Adrados AC, Jurado-Palomo J. Ibuprofen-induced aseptic meningoencephalitis confirmed by drug Challenge. J Investig Allergol Clin Immunol. 2011;21:484-7.

Palabras clave: Meningitis aséptica. Encefalitis.