

347/3750 - ¡QUE VIENE EL COCO... Y TE COMERÁ!

G. Malpica Palenzuela^a, J. Salvador Concepción^b y M. López del Río^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadaux. Almería. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia. Almería. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Virgen del Mar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años, sin hábitos tóxicos, ni antecedentes médicos previos de interés ni tratamiento habitual. Acude a su centro de salud por dolor faríngeo y fiebre de hasta 38 °C siendo diagnosticada de faringoamigdalitis e iniciando tratamiento con penicilina inyectable y antitérmicos. Tras 5 días de evolución la fiebre persiste con aumento del malestar general y cefalea. Es reevaluada en Urgencias atribuyendo la clínica al diagnóstico previo. Continúa con recomendaciones pero tras dos días más, acude al centro de salud refiriendo gran sensación de enfermedad, cefalea intensa añadiendo dolor a nivel dorsolumbar que aumentaba con los movimientos y asciende. Tras exploración física, se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 38,5 °C. Tensión arterial 140/90. FC 95 lpm. Faringe eritematosa con exudado acompañante. Buen nivel de conciencia. Atención y lenguaje coherente. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad simétrica conservada. No alteraciones de coordinación. Dolor y resistencia a la flexión nucal en últimos grados. Signo de Kerning y Brudzinki positivos. Analítica de sangre. Hemograma con leucocitos 11.230. PCR 0,97. Coagulación INR 1,35. Resto normal. Analítica orina. Normal. Ag Legionella y Streptococcus pneumoniae negativo. TAC craneal normal. Punción lumbar en Urgencias. Turbia. Leucocitos 418 con MN 68%, PMN 31% con glucosa 47 mg/dl. Proteínas 50 mg/dl. Cultivo LCR sin desarrollo de microorganismos.

Orientación diagnóstica: Meningitis decapitada. Probable etiología estreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación sustancias, tumor cerebral, hemorragia meníngea.

Comentario final: Tras cobertura antibiótica empírica con cefalosporinas 3G y vancomicina durante 14 días la paciente mejora significativamente. El consumo de antibiótico previo a la clínica neurológica pudo intervenir tanto en la evolución larvada como en los cultivos negativos. La composición del líquido favorece la hipótesis de etiología bacteriana implicada siendo como posible origen el foco faríngeo. Finalmente destacar la importancia de la exploración física completa. Reevaluar minuciosamente a pacientes que no evolucionan bien con tratamiento dirigido descartando así complicaciones asociadas.

Bibliografía

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

2. Torres-Tortosa M, Colmenero JD, González M, et al. Meningitis bacteriana en pacientes adultos. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Avances en Enfermedades Infecciosas. 2006;7 Supl 1:1-57.

Palabras clave: Faringitis. Meningitis. Rigidez.