

## 424/3500 - LA GEA QUE NO FUE...

S. Riesgo Escudero<sup>1</sup>, B. Riesgo Escudero<sup>2</sup>, C. Delso Gafarot<sup>3</sup> y M. Moriano García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Urgencias Pura Fernández. Barcelona. <sup>2</sup>Médico de Familia. EAP San Rafael. Barcelona. <sup>3</sup>Médico de Familia. Institut Català de la Salut. Barcelona. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camp de l'Arpa. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 27 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Acude al Centro de Urgencias Atención primaria a las 10 horas por malestar general y vómitos (7 episodios) de 12 horas de evolución. Dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis aguda. Reconsulta a las 4 hs por empeoramiento sintomático y fiebre (no fue termometrada las 24 horas previas).

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, bradipsiquia, FC 105 lpm, TA 98/72 mmHg, T<sup>a</sup> 34,5 °C, relleno capilar 2 s, Piel: palidez cutánea, resto sin alteraciones. Analítica: leucocitosis 25.100, plaquetas 93.000, LDH 570, Bil 1,4 mg, GOT 52. Se pauta sueroterapia, metocloropramida y paracetamol. Se orienta como sospecha de shock séptico y se remite a Urgencias del hospital de referencia para control evolutivo y cultivos. A su llegada destaca: REG, afebril, hipotensión arterial y taquicardia, obnubilación, rigidez nucal y lesiones petequiales generalizadas con equimosis. Analítica: leucocitosis 25.400 con neutrofilia, alargamiento de los tiempos de coagulación, plaquetopenia, PCR 255, acidosis metabólica con lactato 7,24 y alteración de la función renal Cr 203 umol/. Ante sospecha de meningitis bacteriana aguda, se realiza punción lumbar sin TC previo. Salida de LCR turbio amarillento con presión de salida > 40 cmH2O. Citología (11.600 leucocitos con 93% PMN), bioquímica (hiperproteinorraquia) y examen microbiológico: diplococos gram negativos. Hemocultivos × 2: Neisseria meningitidis grupo B. TC craneal (pendiente de resultados). Se inicia tratamiento con suero hipertónico, antibioticoterapia empírica (cefotaxima 6 g ev/6h), tratamiento corticoideo: 16 mg dexametasona (ev), medidas antiedema: manitol 120 ml y profilaxis anticomicial con fenitoína. Evolución: se decide traslado a la UCI, colocación de vía central e inicio de noradrenalina. Durante su estancia presenta buena evolución clínica, hemodinámicamente estable, diuresis mantenida por lo que se retira la noradrenalina. Mejoría del nivel de conciencia a las 24h sin focalidad neurológica, se mantiene ceftriaxona 4 g/24h (ev). Analítica: normalización del PH y lactatos, función renal y coagulación. Se decide alta domiciliaria con seguimiento ambulatorio.

**Orientación diagnóstica:** Meningitis bacteriana aguda y shock séptico.

**Diagnóstico diferencial:** Sepsis. Vasculitis. Púrpura trombocitopénica idiopática. SUH.

**Comentario final:** La coordinación entre la atención primaria y hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento precoz mejoran considerablemente el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

### Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2007.
2. Guías de Práctica Clínica en el SNS: IACS N° 2011.

**Palabras clave:** Meningococcemia. Atención coordinada-urgente.