

424/2910 - CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA

D. San José de la Fuente¹, L. Rodríguez Vélez², E. Abascal Oyarzábal³ y M. Alonso Santiago⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años sin AP de interés. Acude a urgencias de atención primaria por cefalea intensa holocraneal, de 36h de evolución, irradiada a región cervico-dorsal, junto con febrícula, náuseas y vómitos, que no ha mejorado con AINEs. Ante la cefalea con signos de alarma se decide derivación al hospital de zona para realización de pruebas complementarias. La paciente refiere que hace 15 días, estando de vacaciones en Rumanía, le realizaron una infiltración epidural con dexametasona y un anestésico local para tratar un dolor lumbar y parestesias en EEII. A las 12h de la infiltración, le apareció un exantema máculo-pápulo-pustuloso en tronco, cara, extremidades y mucosa oral y genital, por lo que volvió a consultar, recibiendo tratamiento con clindamicina oral 10 días, que ha finalizado ayer.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: T^o 37,7 °C. Resto normales. Lesiones costrosas en piel. Adenopatía cervical. Leve rigidez de nuca. Dolor lumbar y de caderas mecánico. ROT ++ en EESS y abolidos en EEII, RCP flexores. Resto de la exploración rigurosamente normal. Pruebas: hemograma, bioquímica y coagulación normales. PCR 0,1 mg/dL. VSG normal. Analítica de LCR: leucocitos 337, mononucleares 98%, polimorfonucleares 2%. Resto normal. TC cerebral y RMN lumbar y dorsal baja: normal. Cultivos y serologías de sangre y LCR.

Orientación diagnóstica: Meningitis linfocitaria aséptica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis bacteriana decapitada (anestesia epidural y tratamiento con clindamicina). Meningitis vírica. Meningitis química (anestesia y corticoides epidurales). Infección parameníngea. Reacción alérgica.

Comentario final: Al objetivarse meningitis linfocitaria pero con el antecedente reciente de anestesia epidural y tratamiento con clindamicina, se decide iniciar tratamiento con ceftriaxona y vancomicina. Al alta, habiendo cumplido tratamiento antibiótico, la paciente se encontraba en situación basal, sin focalidad neurológica y sin dolor a ningún nivel. Ante un paciente con cefalea en una consulta de atención primaria, tenemos que valorar la presencia de signos de alarma, como rigidez de nuca y vómitos, que harán necesaria una derivación hospitalaria para la realización de pruebas complementarias.

Bibliografía

1. Navarro Marí JM, Pérez Ruiz M, Vicente Anza D. Diagnóstico de laboratorio de las meningitis linfocitarias. Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28(Supl 1):56-6.

Palabras clave: Cefalea. Meningitis. Aséptica.