



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3860 - NO SIEMPRE ES CULPA DE LAS GARRAPATAS

E. Suárez Jaquete¹, P. Molero Pierres², P. Ureña Solís² y R. Cenjor Martín³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias. ³Médico Adjunto de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón, 33 años. Sin antecedentes médicos de interés ni tratamientos crónicos. Acude a la consulta de Atención Primaria. Refiere cuadro de artromialgias de 5 días de evolución, asociando en las últimas 24 horas sensación distérmica, cefalea, náuseas y malestar abdominal, sin clínica a otros niveles. Había acudido al servicio de Urgencias Hospitalarias 2 días antes, dado de alta con tratamiento sintomático. El paciente recuerda haber recibido una picadura por una garrapata durante una excursión 15 días antes.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal. Lesión puntiforme, eritematosa y costrosa en región bicipital del brazo derecho. ECG normal. Realizamos serologías y tratamiento empírico con doxiciclina cada 12 horas ante sospecha de enfermedad de Lyme. Reacude al día siguiente por empeoramiento de la cefalea, fiebre de 38 °C y rigidez de nuca.

Orientación diagnóstica: Borreliosis diseminada.

Diagnóstico diferencial: Meningitis bacteriana-vírica. Viriasis inespecífica. Otras causas de cefalea y fiebre.

Comentario final: Estamos ante un paciente joven con un cuadro febril progresivo y cefalea desencadenada 15 días tras una picadura por garrapata. Se deriva de urgencia a Centro Hospitalario de referencia para ampliar estudios ante la sospecha de Infección del sistema nervioso central (SNC), donde es ingresado en Neurología con tratamiento antibiótico empírico. Tras realizar una punción lumbar sugerente de infección vírica y serologías positivas para enterovirus, se llega a un diagnóstico final de meningitis vírica. La evolución es favorable y el paciente es dado de alta sin secuelas días después. Las infecciones del SNC requieren una asistencia precoz ya que pueden tratarse de verdaderas emergencias, donde la velocidad de toma de decisiones y del tratamiento tienen una importancia capital. La clínica es variable e inespecífica, sólo un 30% de pacientes presenta la triada clásica de fiebre, alteración del nivel de consciencia y rigidez de nuca. El diagnóstico se basa en el estudio del líquido cefalorraquídeo y en ocasiones en pruebas de imagen y electroencefalograma. Nuestro caso, que finalmente resultó ser causado por un enterovirus, el manejo se basa en tratamiento sintomático y vigilancia neurológica estrecha.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Medicina de urgencias y emergencias, 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, SL; 2018. p. 417-23.
2. Chemouni, F, Augier A, González F, Clec H, Cohen C. Meningoencefalitis infecciosas del adulto. EMC-Anestesia- Reanimación., 2013;39(1):1-23.

Palabras clave: Cefalea. Viriasis.