

424/753 - SÍNDROME MENÍNGEO NO SIEMPRE ES MENINGITIS

C. Flores Guardabrazo¹, L. Cervera Yrazusta², C. Martín Alonso³ y A. Cereijo Pardiñas³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo de Gibraltar. Cádiz. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años. Sin antecedentes de interés. Acude a SUH por cuadro de 4 días de evolución de cervicalgia y cefalea opresiva holocraneal asociada, que no ha cedido a analgesia habitual y que interrumpe el descanso nocturno. Afebril, escalofríos, vómitos no precedidos de náuseas y aumento del dolor con la movilización. Niega TCE, no esfuerzos en los últimos días. Sin otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, hemodinámicamente estable, eupneica, Glasgow 15/15. Exploración Neurológica: consciente y orientada, sin alteraciones del lenguaje, PINRL, MOES conservados, PC conservados, no alteraciones de la fuerza ni la sensibilidad, no dismetrías, rigidez nucal importante, Romberg dudoso, Kerning positivo. Contractura musculatura cervical de predominio izquierdo, dolor a la flexo-extensión, flexión lateral y lateralización cervical. Resto de la exploración anodina. Pruebas complementarias: HG, BQ, orina y radiografía de tórax sin alteraciones. TC cráneo: sangrado intraventricular, con sangrado en ventrículos laterales así como tercer y cuarto ventrículo. No sangrado intraparenquimatoso ni subaracnoideo. AngioTC: malformación arteriovenosa en el territorio de la ACP izquierda, muy probable causa del sangrado descrito.

Orientación diagnóstica: Hemorragia intraventricular por malformación arteriovenosa.

Diagnóstico diferencial: Meningitis vs hemorragia cerebral.

Comentario final: Las meninges pueden verse irritadas por múltiples causas. Cualquier irritación meníngea puede cursar con rigidez nucal, vómitos en escopetazo y alteraciones neurológicas. Cuando nos encontramos con un síndrome meníngeo las primeras sospechas clínicas que planteamos son una meningitis bacteriana y una hemorragia subaracnoidea. Necesitaríamos una punción lumbar para establecer el diagnóstico, pero previamente debe solicitarse un TC craneal, que nos descarte HTiC. En este caso seguir el protocolo, nos lleva a solicitar una prueba de imagen, tanto por las características de la cefalea como por la sintomatología acompañante, en el contexto de unas pruebas complementarias que nos hacen pensar más en una lesión que está dañando las meninges que en una causa infecciosa. La paciente fue trasladada a HUPM para tratamiento neuroquirúrgico. Se realizó exéresis quirúrgica, complicándose la intervención con abundante sangrado precisando de transfusiones y drogas vasoactivas. Tras un ingreso prolongado en UCI y varios meses en planta, la paciente fue dada de alta con resolución del cuadro.

Bibliografía

1. Jiménez L, Montero J. Medicina de urgencias y Emergencias, 6^a ed. España: Elsevier; 2018.
2. UpToDate Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/brain-arteriovenous-malformations>

Palabras clave: Meningitis. Hemorragia. Malformación a-v.