



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

## 482/1474 - A PROPÓSITO DE UNA CEFALEA

B. Torrecilla Ramírez<sup>1</sup>, C. Candel Navas<sup>1</sup>, V. Nicolás García<sup>2</sup> y R. Gómez de León Zapata<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años que consulta por cefalea holocraneal, náuseas y vómitos sin productos patológicos de 2 días de evolución que no ceden con analgesia habitual. Refiere fiebre de 38 °C. Han aparecido lesiones compatibles con herpes zoster en región lumbar en los últimos tres días. No alteración del hábito intestinal. No síndrome miccional. AP: sin alergias conocidas. Migrañas. Herpes zoster recidivante. Fibroadenoma. Tratamiento crónico: flunarizina 5 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada. Buen estado general. TA 120/70. FC 90 lpm. Tª 38 °C. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. Extremidades normales. Dolor a la flexión de columna cervical, con discreta rigidez. Resto de exploración neurológica normal. Analítica: Cr 0,6, glucosa 99, urea 22, calcio 9,1, sodio 141, potasio 4,6, GPT 105. Br indirecta 1,8. PCR normal. Gasometría normal. Coagulación normal. Hemograma normal. PCR coronavirus negativo. Rx tórax: normal. TAC craneal: normal, sin evidencia de patología aguda intracraneal. Punción lumbar: LCR claro. 250 leucocitos con 95% mononucleares, 20 hematíes, glucosa 44, proteínas 156, ADA 14.

**Orientación diagnóstica:** Evolución: se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso y tratamiento sintomático con mejoría clínica progresiva. Diagnóstico: meningitis linfocitaria, probablemente por VHZ. Las meningitis linfocitarias o “meningitis a líquido claro”, vienen definidas por la inflamación de las meninges, con aumento de celularidad de predominio linfocitario en LCR. El síndrome meníngeo (cefalea, rigidez de nuca, fotofobia, náuseas, vómitos) no permite distinguir la meningitis vírica de la bacteriana. Siempre hay que intentar llegar al diagnóstico etiológico, ya que puede evitar al paciente tratamientos antibióticos y pruebas molestas innecesarios, o la prolongación de la hospitalización.

**Diagnóstico diferencial:** Migraña, meningitis bacteriana, hemorragia subaracnoidea, trombosis de senos, ictus, disección carotídea.

**Comentario final:** La meningitis viral suele ser el resultado de la diseminación hematogena, pero la meningitis por el virus herpes simple tipo 2 o el virus varicela zóster también puede ser el resultado de la reactivación de una infección latente. Las crisis recidivantes de meningitis viral en mujeres suelen deberse a HSV2. Las causas más frecuentes de meningitis viral son Enterovirus.

### Bibliografía

1. Meningitis viral - Trastornos neurológicos [Internet]. Manual Merck versión para profesionales. [cited 2020 Oct 2]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/meningitis/meningitis-viral>

**Palabras clave:** Cefalea. Linfocitos.