



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

447/31 - ¿TIENE UNA MENINGITIS?

P. Gutiérrez Pascual¹, C. Arina Cordeu², M. Pons Claramonte³, S. Velilla Zancada⁴; J. Flores Morán⁵, R. Hernández García⁶

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.³Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU. Valencia.⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Logroño. La Rioja.⁵Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Irún. Guipúzcoa.⁶Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Toro. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 17 años sin antecedentes de interés que acude a PAC porque realizando el 5º día del Camino de Santiago comienza con cefalea intensa en casco, sensación distérmica y mareos, sin otros síntomas o signos acompañantes y refiriendo haber mantenido una hidratación moderada durante ese día.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 39,3 °C, TA 100/60, FC 86 lpm, SatO2 95%. Tras aplicación de medidas físicas (compresas frías) la Tª baja a 38,7 °C, con una FC 92 lpm. Percusión de senos paranasales y OT bilateral normal. Orofaringe levemente hiperémica, sin adenopatías. ACP y abdomen normal. Sin observar lesiones cutáneas. Exploración neurológica: Glasgow 15 y sensación de “calambre” irradiado por región dorsal con la flexión cervical (signo de Lhermitte), siendo normal el resto de la exploración. Ante la aparición de signos meníngeos se deriva en ambulancia a Urgencias del hospital para valoración completa. Solicitan analítica de sangre y orina que muestra GOT 77, siendo el resto de transaminasas, hemograma y reactantes de fase aguda normales, también radiografías de tórax/abdomen, electrocardiograma y TAC cerebral sin encontrar hallazgos patológicos. Ante la normalidad de las pruebas de imagen se realiza punción lumbar que da salida a líquido cefalorraquídeo (LCR) cristalino con leucocitos 20, hematíes menores de 2, glucosa 65 y proteínas 47. Durante su estancia en el box se pauta un paracetamol y ceftriaxona 2 g iv de forma empírica, pero vuelve a presentar otro pico febril de 40 °C, por lo que se decide ingreso a cargo del servicio de Infecciosas. Hospitalizada se realizan nuevas analíticas (PCR 11 y VSG 29), cultivos y PCR de LCR, mostrando positividad para ARN de Enterovirus, por lo que la paciente es tratada de forma sintomática, encontrándose afebril tras 24 horas y dada de alta asintomática tres días después de su hospitalización, sin tratamiento.

Juicio clínico: Meningitis linfocitaria por enterovirus.

Comentario final: A pesar de ser una enfermedad de baja frecuencia, el retraso diagnóstico y sus posibles secuelas, en ausencia de tratamiento, pueden dar lugar a un desenlace fatal, por lo que es importante realizar una correcta anamnesis y exploración en nuestras consultas, que nos aporte un alto índice de sospecha para su diagnóstico. El Enterovirus es el causante más frecuente de la meningitis vírica y a diferencia de la bacteriana, su incidencia es estacional (verano/otoño) y suele presentarse con pródromos catarrales seguidos de cefalea, fiebre y rigidez de nuca, pero de menor intensidad que la meningitis bacteriana. Para su diagnóstico es necesario la punción lumbar y analizar el LCR, generalmente pleocitosis linfocitaria, glucosa casi normal o proteínas ligeramente elevadas, no excluyen el diagnóstico de meningitis bacteriana, siendo

necesario realizar PCR de LCR, por lo que debemos tratar a los pacientes con antibioterapia hasta excluir la causa bacteriana.

Bibliografía

Navarro JM, et al. Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28 (Supl 1):56-61.

Profesionales.msd.es [Internet]. Madrid; Merck Sharp&Dhome 2019 [actualizado nov 2017]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurologicos/meningitis/meningitis-viral>