



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/237 - CUIDADO CON LOS EXANTEMAS

E. Prieto Piquero^a, R. Cenjor Martín^b, L. López Menéndez^c, E. Cano Cabo^d, R. Sánchez Rodríguez^d e I. Lobo Cortizo^e

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 69 años, antecedentes de síndrome depresivo a tratamiento, acude a su médico de atención primaria por astenia y aparición de lesiones maculopapulares dispersas por todo el cuerpo de horas de evolución. No prurito ni fiebre. Refiere haber estado en el campo paseando el día anterior. Le pautaron antihistamínicos y corticoide por si pudiera tratarse de una reacción alérgica y es dada de alta. La paciente acude al día siguiente por cefalea brusca, incapacitante, con mejoría de lesiones dérmicas. Su médico decide remitirla al servicio de urgencias hospitalarias para realizar estudios complementarios de forma urgente. A su llegada se encuentra somnolienta y poco colaboradora.

Exploración y pruebas complementarias: Inconsciente, no colaboradora, pálida, taquipneica. Afebril. Exploración neurológica con pupilas isocóricas y normorreactivas, dudosa rigidez de nuca, resto de pares difíciles de explorar. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, taquicárdica, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso, no se palpa masas ni megalías. No edemas en miembros inferiores. Lesiones maculopapulares diseminadas por tronco y extremidades inferiores, eritematosas, no petequias. Hemograma con 14.760 leucocitos con desviación izquierda. Bioquímica con proteína c reactiva de 22,9 mg/dl. Coagulación normal. Sistemático y sedimento de orina sin alteraciones. Radiografía tórax: sin alteraciones significativas. Tc cráneo: sin signos de patología intracraneal aguda. Líquido cefalorraquídeo: de aspecto turbio con elevación de proteínas totales, leucocitosis a expensas de neutrófilos. Microbiología LCR: no se objetivan microorganismos en el gram.

Juicio clínico: Meningitis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Debemos realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como encefalitis, abscesos cerebrales, hemorragia subaracnoidea, leptospirosis, endocarditis bacteriana subaguda, meningitis virales (herpética).

Comentario final: La paciente ingresa en la UVI con intubación orotraqueal, conectada a ventilación mecánica. Se inicia antibioterapia con cefotaxima, vancomicina y ampicilina, se añade aciclovir al no descartar de inicio una meningitis vírica. Dada la mejoría clínica se traslada a la planta de Neurología, donde presenta cuadro de agitación y desorientación. Se completan estudios con RMN y EEG compatibles con meningitis bacteriana con participación ependimaria, y resultado de PCR universal ARNr 16s compatible con *Neisseria meningitidis*. Tras ingreso durante 15 días, se finaliza el tratamiento antibiótico con buena evolución clínica por lo que se decide alta hospitalaria con controles posteriores en consulta de Neurología.

Bibliografía

1. Bhimraj A. Acute community-acquired bacterial meningitis in adults: An evidence-based review. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 201:393-400.
2. Gaieski D, Nathan B, O'Brien N. Emergency Neurologic Support: Meningitis and Encephalitis. Neurocrit Care. 2015:110-8.