



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 160/575 - MENINGITIS, ¿ES SIEMPRE INFECCIOSA?

P. Benito Ysamat<sup>a</sup>, J. Ortiz Romero<sup>b</sup>, F. Martín Grutmancher<sup>c</sup>, R.E. Gómez de la Mata Galiana<sup>d</sup>, C. González Becerra<sup>e</sup> y Á. Abril Fernández-Palacios<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla. <sup>d</sup>Médico perteneciente al UCCU de Sanlúcar la Mayor. Sevilla. <sup>e</sup>Médico Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años sin AP de interés que consulta por cefalea holocraneal opresiva de 48h. Refiere un mes con fiebre (38 °C), astenia, artromialgias y dolor lumbar. Precisa aumento de prensa abdominal para miccionar y defecar. Derivada hace 6 meses por molestias oculares e hiperemia alternante de 2 meses de evolución diagnosticada de uveítis anterior bilateral hipertensiva asimétrica actualmente en seguimiento por Servicio de Oftalmología y Medicina Interna de Hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** GCS: 15. No focalidad neurológica. Contractura cervical. No claros signos meníngeos. Dolor sacro y lumbar bajo. No globo vesical ni abdominalgia. RHA conservados. TAC de cráneo: sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: discreto aumento de presión. 158 leucocitos (89% mononucleares), proteínas elevadas, ADA 15,9, serologías víricas negativas. Abundantes células plasmáticas y aislados linfocitos. microbiología negativa. Analítica: PCR y VSG normal. β2 microglobulina, CEA, CA 125, CA 19,9 normales. Serología VIH, lúes y toxoplasmosis negativas. Serología VHS1 y CMV positivas (IgG). ANAs, ANCAs, anti Ro/La, Ac anticardiolipinas y antifosfolípidos negativos. Anticoagulante lúpico negativo. Test de tuberculina y patergia negativos. RNM de cráneo: engrosamiento quiasma óptico pseudonodular, mínimo engrosamiento meníngeo en base de cráneo con captación de contraste. RNM lumbar: engrosamiento difuso del segmento distal medular incluyendo cono medular con hiperintensidad en secuencia STIR. TAC toracoabdominal: nódulos centrales peribroncovasculares derechos y peribroncoalveolares en lóbulos superiores. Discreto engrosamiento pseudonodular de cisura menor. Adenopatías retroperitoneales paraaórticas izquierdas, peri e infrarrenales. Múltiples nódulos hipodensos esplénicos y hepáticos. Mediastinoscopia: linfadenitis granulomatosa y lesión hialino esclerosante.

**Juicio clínico:** Neurosarcoidosis con expresión de meningitis linfocitaria. Sarcoidosis con afectación multiorgánica.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis vírica o bacteriana decapitada, meningitis tuberculosa, enfermedad de Behçet, Vogt-Koyanagi Harada.

**Comentario final:** Este caso supone un ejemplo de cómo enfermedades sistémicas o autoinmunes en ocasiones pueden debutar simulando cuadros infecciosos graves, por lo que las tendremos que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, especialmente si previamente han cursado con cuadros sistémicos oligosintomáticos que hayan podido pasar desapercibidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Krumholz A, Stern BJ. Neurologic manifestations of sarcoidosis. *Handb Clin Neurol*. 2014;119:305-33.
2. Nozaki K, Judson MA. Neurosarcoidosis: Clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Presse Med*. 2012;41(6 Pt 2):e331-48.
3. Vahabi Z, Sikaroodi H, Abdi S, Hashemi A. Chronic meningitis as the first presentation of sarcoidosis: an uncommon finding. *Iran J Neurol*. 2011;10(1-2):29-31.