



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/449 - MENINGITIS LINFOCITARIA COMO COMPLICACIÓN DE UN CATARRO DE VÍAS ALTAS

M.C. Campa García^a, F.J. Martínez Rodríguez^b, M.T. Manzano Llana^c, M.A. Ardua González^d, I. García Suárez^e, M. Prado Fernández^a, M.A. Cobo Ruíz^f y C. Arias Meneses^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia; ^fEnfermera. Centro de Salud de Sama. Langreo. ^bMédico de Familia. Área Sanitaria I. Asturias. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Riaño. Langreo. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de la Felguera. Langreo. ^gMédico de Familia. Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Langreo.

Resumen

Descripción del caso: Varón 46 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de dificultad para la deambulación, astenia y pérdida de apetito. Antecedente catarro de vías altas una semana antes. Desde entonces astenia que se ha intensificado en las últimas 48 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 148/93. FC 127, saturación 96%, normocoloreado, no soplos carotídeos, AC rítmica sin soplos, AP murmullo vesicular conservado, abdomen normal sin masas ni megalias, peristalsis conservada, no irritación peritoneal, percusión renal negativa, no edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos periféricos conservados. Exploración neurológica: consciente, bradipsíquico y repetitivo con tendencia a la somnolencia, pares craneales normales, pupilas isocóricas y normoreactivas, vías largas sin déficits ni asimetrías, meníngeos negativos, Incapacidad para mantener bipedestación. Se deriva a urgencias para valoración. Hemograma, coagulación, bioquímica normales. Punción LCR: claro y transparente, leucocitos 75, linfocitos 99%, cultivo negativo. Serologías CMV, VHS, VEB, Lyme, Echovirus y Coxsackie negativas. Urocultivo negativo. Heces: flora bacteriana normal. Rx tórax normal. ECG sinusal. TAC craneal: sin hallazgos. Electroencefalograma: actividad cerebral normal.

Juicio clínico: Meningitis linfocitaria de etiología vírica. Se instauró tratamiento empírico con aciclovir, se suspende tras recibir serologías y PCR negativas para virus herpes. En las primeras 24-48 horas mejoría significativa

Diagnóstico diferencial: Meningitis tuberculosa, bacteriana, fúngica, enfermedad de Lyme, sífilis.

Comentario final: La mayoría de las meningitis linfocitarias, principalmente las de evolución aguda y benigna, están producidas por virus, cursan con pleocitosis de predominio linfocitario y ausencia de agentes bacterianos en el LCR.

Bibliografía

1. Navarro JM, Perez-Ruiz MM, Sanbonmatsu-Gamez S. Virus Toscana y Granada. Enferm Infecc

Microbiol Clin. 2012;30:16-7.

2. Sánchez-Seco MP, Navarro JM. Infecciones por el virus de Toscana, el virus del Nilo occidental y otros arbovirus de interés en Europa. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:560-8.
3. Jesús de la Calle I, Espinosa-García M, Pérez-Ramos S, Cruz-Rosales E. Primeros casos confirmados de meningoencefalitis humana por el virus del Nilo Occidental en Andalucía, España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012; doi:10.1016/j.eimc.2012.02.013
4. Florén-Zabala L, Chamizo-López FJ, Eisman-Maraver A, Pérez-Gonzalez C, de Ory-Manchón F, Trallero-Maso G, et al. Meningitis aséptica en la población adulta. Etiología y utilidad de las técnicas moleculares en el manejo clínico del paciente. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:361-6.

Palabras clave: *Bradipsiquia. Linfocitaria. Meningitis.*