



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1496 - MI VECINO NO CONTESTA

B. Hernández Labrot<sup>a</sup>, M. Doña González<sup>b</sup>, E. Ruiz Vañó<sup>c</sup> y A. Milena Muñoz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Campus de la Salud. Sevilla. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Valme. Sevilla. <sup>c</sup>Granada. <sup>d</sup>Radiología. Hospital Universitario Campus de la Salud. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años, fumador, hipertenso, dislipémico, con hiperuricemia. EPOC. En tratamiento con gemfibrozilo y alopurinol. Acude al servicio de urgencias, acompañado por personal sanitario. Según refiere su vecino, lo han encontrado postrado en el suelo de su domicilio, con pérdida de consciencia y relajación de esfínteres. Los días previos, refería cuadro catarral con tos y expectoración. Episodio emético aislado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Leve deshidratación de piel y mucosas. Normocoloreado. Eupneico en reposo, saturando al 96% sin aportes. Hemodinámicamente estable: TA 138/66 mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm. Febril 38,7 °C. Poco colaborador, Glasgow 15/15, con alternancia del nivel de consciencia, obnubilación y agitación psicomotriz, dificultando la exploración. Pupilas medias reactivas a la luz, sin evidente focalidad neurológica. Rigidez de nuca intensa, Bruzinsky y Kernig positivo. Auscultación cardiorrespiratoria (ACR): rítmico, sin soplos. Hipoventilación generalizada con roncus diseminados. Abdomen y miembros inferiores anodinos. Pasa al área de Observación donde se completa el estudio. Analíticamente destaca: urea 129, Cr 1,5, BT 2,12, BI 1,55, CPK 249, PCR 427, PCT 2,84, láctico 2,3, leucocitosis de 22.000 con 90% de neutrófilos. Plaquetas 168.000. Sedimento urinario normal. En la radiografía de tórax no se aprecia imagen clara de condensación. TC de cráneo sin contraste, normal. Posteriormente, procedemos a realizar punción lumbar en bajo aislamiento de líquido cefalorraquídeo (LCR): leucocitos 3.520 (90% PMN), glucosa 2, proteínas 160. Se aísla *Haemophilus influenzae*. Iniciándose tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona y levofloxacino. Tras dos días, presenta deterioro clínico apareciendo coma (Glasgow 3) y crisis convulsiva, por lo que se traslada a UCI.

**Orientación diagnóstica:** Sospecha de meningitis. Rabdomiolisis.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis de causa infecciosa (bacteriana, viral, absceso cerebral, encefalitis viral). De causa no infecciosa (química, por fármacos, neoplasias primarias o metastásicas, hemorragia epidural, subdural o subaracnoidea).

**Comentario final:** La triada clínica típica de la Meningitis es, fiebre, cefalea y vómitos. En ancianos, donde los síntomas pueden no suelen ser tan floridos, es imprescindible una exhaustiva exploración física por órganos y aparatos. Recordando que la rigidez de nuca, es el signo clínico más relevante, frecuente y precoz.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Meningitis. Encefalitis.