



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1710 - MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA AGUDA POR NEUMOCOCO OTOGÉNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Viola Candela¹, A. Trigo González¹, A. Salvatierra Maldonado¹ y H. Cabrera Martínez²

¹Médico de Familia. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Estación.

Resumen

Descripción del caso: Varón 74 años. HTA (irbesartán 150 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg), HBP (tamsulosina 0,4 mg/dutasteride 0,5 mg). No alergias medicamentosas conocidas. Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias, derivado desde Atención Primaria, por cefalea hemicraneal derecha temporo-parietal y otalgia derecha de 24 horas de evolución en el contexto de cuadro catarral sumándose disartria, inestabilidad en la marcha no manteniendo la bipedestación. Náuseas sin vómitos. No traumatismo craneal, déficit sensitivo/motor o alteración visual. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias hospitalarias: taquicardia 105 lpm, fiebre 37,8 °C, normotenso. Glasgow 14 puntos. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades: anodino. Neurológico: disfasia, obedece órdenes simples; pupilas mióticas poco reactivas; no rigidez de nuca; moviliza extremidades con fuerza simétrica; sensibilidad-tono conservados. ROT: ++/+++. RCP flexor bilateral. En las pruebas iniciales se objetivó leucocitosis, desviación izquierda, PCR 5,53 mg/dL. Dada la semiología y exploración física se solicita TC cerebral: meningoencefalitis y neumoencéfalo por perforación mastoidea derecha. La exploración ORL evidenció tímpano congestivo, abombado precisando miringocentesis por ORL. Se desestimó actitud neuroquirúrgica. En el tiempo de su valoración no presentaba criterios de ingreso en UCI. Con el diagnóstico de presunción de meningoencefalitis otogénica se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y clindamicina. El paciente ingresa en Neurología donde se completa estudio con RMN cerebro (mastoiditis derecha. meningitis y ventriculitis). Se obtienen muestras de LCR para estudio: PCR múltiple detectándose PCR *S. pneumoniae* sensible a ceftriaxona completándose 15 días de tratamiento. Buen control sintomático. Correcta evolución clínica sin interurrencias neurológicas siendo alta tras 20 días de ingreso hospitalario.

Orientación diagnóstica: Meningoencefalitis bacteriana aguda por neumococo otogénica.

Diagnóstico diferencial: Ictus (isquémico, hemorrágico), lesión cerebral ocupante de espacio.

Comentario final: Las infecciones del sistema nervioso central son enfermedades frecuentes en la atención urgente. Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, pudiendo dificultar y retrasar su diagnóstico. Es de suma importancia toda la información que pueda obtenerse a través de la anamnesis y exploración física y con frecuencia exploraciones complementarias. Alta morbimortalidad; su sospecha clínica obliga a iniciar precozmente tratamiento antibiótico empírico

para evitar secuelas físicas y mentales.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Otagia. Cefalea. Meningoencefalitis.