



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/82 - DOCTOR, SIGO CON FIEBRE

L. Machi Lorente

Médico de Familia. Centro de Salud Lluís Alcanyís. Xàtiva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que consulta por mialgias generalizadas, cefalea y fiebre de hasta 39 °C. Dos días después regresa por persistencia de sintomatología y cefalea con fotofobia, a pesar de tratamiento con paracetamol y metamizol. Por empeoramiento clínico y normalidad de la exploración física, es remitida a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 112/73, T^a 37,8 °C, FC 107 lpm; Sat O₂ 96% (sin O₂). ACP: sin hallazgos patológicos. EN: buen estado general. Consciente y orientada. Nuca libre de signos de irritación meníngea. Lenguaje conservado y sin focalidad neurológica. Analítica: PCR 228,5, procalcitonina 0,132 ng/mL; leucocitos normales, granulocitosis. RX tórax y TAC craneal: sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: leucocitos 750/uL, monocitos 70, PMN 30%, hematíes 89 uL, glucosa 42 mg/dL, proteínas LCR 126 mg/dL. Gram, cultivo y PCR LCR: negativo. Hemocultivos: posible contaminación. Serologías sanguíneas: negativas.

Juicio clínico: Meningitis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Abscesos cerebrales. Encefalitis. Hemorragias intracraneales. Meningitis vírica, hongos, protozoos. Secundarismo a enfermedades crónicas. Procesos neoplásicos.

Comentario final: La meningitis se encuentra entre las 10 causas más comunes de muerte por infección, según la OMS. En países desarrollados la incidencia es muy baja debido a las campañas de vacunación. El 80% de las meningitis son de etiología vírica por enterovirus o VHS. Tratamiento sintomático. *S. pneumoniae* puede ser etiología en todas las edades. En neonatos < 1 mes sospechar *S. agalactiae*, *L. monocytogenes*; niños 5-9 años sospechar *N. meningitidis* y en > 65 años e inmunodeprimidos cubrir *L. monocytogenes* y BGN. Según la edad, se administrará antibioterapia empíricamente pospunción lumbar. La tríada de la meningitis consta de fiebre, rigidez nuchal y obnubilación. La cefalea severa es un hallazgo común. Según una revisión con 279 pacientes con meningitis adquirida en la comunidad: la fiebre estaba en un 95% de los pacientes, la rigidez nuchal en un 88% y alteración del nivel de consciencia en un 78%. Sólo un 44% presentaba la tríada de la meningitis. Un 95% presentaba al menos dos síntomas. El desafío clínico es la identificación de signos de alarma para sospechar el foco meníngeo. Técnica de referencia para diagnóstico y tratamiento son punción lumbar con cultivo, serología y análisis de LCR y tratamiento con antibioterapia empírica y corticosteroides cuando se sospeche etiología bacteriana. Asentir la importancia de las campañas de vacunación entre la población de riesgo y de la inmunidad de grupo generada.

Bibliografía

1. Tunkel AR, Calderwood SB, Thorner AR. Clinical features and diagnosis of acute bacterial meningitis in adults. Uptodate, 2016.
2. Meningitis meningocócica. Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/archive/disease/meningococcal_disease/es/

Palabras clave: Meningitis bacteriana. Punción lumbar. Fiebre. Cefalea. Obnubilación.