



## 160/787 - MENINGITIS AGUDA BACTERIANA

D. Fernández Torre<sup>a</sup>, P. López Tens<sup>b</sup>, A. Blanco García<sup>c</sup>, S. Díez Morales<sup>d</sup>, S. Quintana Cabieces<sup>e</sup> y P.N. Aguilera Samaniego<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico

Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>d</sup>Médico

Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Área Oeste. Valladolid. <sup>e</sup>Médico de Familia.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años hipertenso, bebedor, ex fumador y bronquitis crónica que acude a urgencias derivado de su médico de familia por cuadro de 36 horas de evolución de escalofríos, fiebre de hasta 39,5° que no cede con antitérmicos y cefalea holocraneal, acompañado de náuseas y fotofobia. En urgencias se objetiva rigidez nuchal y realizan TAC craneal urgente sin objetivarse datos de hemorragia o isquemia aguda por lo que realizan punción lumbar al sospechar meningitis bacteriana aguda. Durante el procedimiento presenta deterioro del nivel de conciencia más episodio convulsivo tónico-clónico.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 127/80 mmHg; FC 100 lat/min; FR 14 resp/min; Sat.O<sub>2</sub> 100, T<sup>a</sup> 36,2 °C. Exploración sistémica: AC rítmica a 70 lpm, sin soplos. AP: ruidos respiratorios normales. Exploración neurológica: confusión y desorientación, con rigidez de nuca, sin otra focalidad. Hemograma: 14.200 leucocitos/uL (82% segmentados, 5% linfocitos, 10% cayados); Hb 12,5 g/dL; Hto 37%; VCM 107 fL; 258.000 plaquetas/uL. Bioquímica: glucosa 158 mg/dl; urea 49 mg/dl; creatinina 1,04 mg/dL; Na 139 mEq/L; K 3,9 mEq/L; procalcitonina 40 ng/mL; lactato 8,6 mg/dL; PCR 23,4 mg/dL. TAC craneal: estructuras encefálicas de morfología y tamaño normal con pequeño infarto lacunar residual en ganglios basales izquierdos. Sin datos de isquemia o hemorragia aguda. Análisis de LCR: hematíes 1/mm<sup>3</sup>, células 5.500/mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares 5%, mononucleares 75%, proteínas 735, glucosa 1. Microbiología: gram y cultivo: Diplococos gram positivos (*S. pneumoniae*). Hemocultivos: *S. pneumoniae*. RMN craneal: higroma subdural izquierdo. Focos múltiples hiperintensos por encefalitis focal.

**Juicio clínico:** Meningitis bacteriana aguda por neumococo. Bacteriemia con aislamiento de neumococo. Higroma subdural fronto-parietal izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Meningoencefalitis bacteriana. Meningoencefalitis vírica. Meningoencefalitis tuberculosa. LOE cerebral. Absceso cerebral.

**Comentario final:** La incidencia de meningitis bacteriana aguda es en torno a 3-6 casos por 100.000 adultos/año en los países desarrollados. Ocasiona la inflamación de las leptomeninges, sus

tejidos circundantes y la médula espinal, asociada a una alta morbi-mortalidad. Los principales patógenos son *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*. Lo principal es un reconocimiento y diagnóstico precoz de la entidad. En este caso, el médico de familia objetivó datos de gravedad por lo derivó a urgencias para una valoración más exhaustiva que puso de manifiesto la rigidez nuchal que enfocó el diagnóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Amaya-Villar R, García-Cabrera E, Sulleiro-Igual E, Fernández-Viladrich P, Fontanals-Aymerich D, Catalán-Alonso P, et al. Three-year multicenter surveillance of community-acquired *Listeria monocytogenes* meningitis in adults. *BMC Infect Dis*. 2010.
  2. Beckham JD, Tyler KL; IDSA. Initial management of acute bacterial meningitis in adults: summary of IDSA guidelines. *Rev Neurol Dis*. 2006.
  3. Bhimraj A. Acute community-acquired bacterial meningitis in adults: an evidence-based review. *Cleve Clin J Med*. 2012. Borchorst S, Møller K. The role of dexamethasone in the treatment of bacterial meningitis - a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012.
  4. Brouwer MC, Thwaites GE, Tunkel AR, van de Beek D. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis. *Lancet*. 2012.
- Chang WN, Lu CH. Diagnosis and management of adult bacterial meningitis. *Acta Neurol Taiwan*. 2009.
5. Fitch MT, van de Beek D. Emergency diagnosis and treatment of adult meningitis. *Lancet Infect Dis*. 2007.
  6. Pile JC, Longworth DL. Should adults with suspected acute bacterial meningitis get adjunctive corticosteroids? *Cleve Clin J Med*. 2005.