



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/799 - EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA ATENCIÓN A LOS SIGNOS DE ALARMA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MENINGITIS

A. Robles Casado^a, B. Robles Casado^b y L. Pérez Rivas^c

^aEnfermera. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ^bMédico de Familia. Hospital Poniente. El Ejido. Almería.

^cMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años sin antecedentes personales de interés que acude a su médico de atención primaria por malestar general y cefalea intensa de 24 horas de evolución. En consulta se constata fiebre de 39,5 °C.

Exploración y pruebas complementarias: En exploración destaca hipotensión, rigidez de nuca y lesiones petequiales en tronco y extremidades. Se realiza derivación al hospital donde a su llegada el paciente presenta disminución del nivel de conciencia y náuseas. Lesiones petequiales a purpúricas en aumento. Zonas acras de manos y pies cianóticas. Hipotensión más acentuada y taquicardia. Realizamos: Analítica: destacaba 23.000 leucocitos (92% de PMN), PCR 30 mg/dl, creatinina 2,87 mg/dl, coagulación con TP 50%. Orina negativa. ECG con RS a 120 lpm. Radiografía de tórax sin condensaciones ni infiltrados. Punción lumbar con resultado compatible con meningitis bacteriana. Se ingresa a cargo de UCI. Tratamiento: se inició tratamiento empírico ya desde urgencias con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. En UCI precisó de drogas vasoactivas.

Juicio clínico: Meningitis meningocócica. Síndrome de Waterhouse Friderichsen.

Diagnóstico diferencial: Ante la situación clínica con la que recibimos al paciente tenemos que pensar que estamos ante un síndrome meníngeo agudo. Habría que distinguir: Causa infecciosa: meningitis bacteriana, meningitis viral, meningitis por espiroquetas, meningitis parasitaria, focos infecciosos parameníngeos, encefalitis viral, endocarditis bacteriana aguda con embolia cerebral. Causa no infecciosa: meningitis de Mollaret, meningitis químicas y por fármacos, neoplasias, quistes epidermoides de las meninges, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico, hemorragia meníngea...

Comentario final: La evolución del paciente en cuanto a su estado general fue buena tras haber permanecido varios meses ingresado en UCI y posteriormente en planta. Finalmente se llevó a cabo amputación de todos los dedos de los pies y del 4º dedo de la mano izquierda debido a la necrosis producida consecuencia del shock endotóxico y coagulación vascular diseminada que produce el síndrome de Waterhouse-Friederichsen. Su tasa de mortalidad es de aproximadamente el 50% y sin tratamiento asciende hasta casi el 100%. Cabe destacar la importancia del médico de familia a la hora de valorar signos de alarma. En este caso de vital importancia ya que se trata de una patología de muy alta mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento lo más rápido posible. Somos la primera línea del sistema sanitario y esto conlleva que, en algunos casos, la supervivencia del

paciente dependerá de nuestra actuación médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Nieto T, Cañadillas Hidalgo F, Jurado Cobos CM, Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015. p. 403-17.
2. Montes de Oca Arjona M, Martín Peral P, Martín Aspas A, Arizcorreta Yarza A..Programa de formación continuada. Protocolo diagnóstico diferencial del paciente con fiebre y manifestaciones clínicas hemorrágicas. Elsevier; 2014. Volumen 11, p. 2987-90.
3. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005;124(16):606-12.