



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/195 - ACUÉRDATE DE MI...

E. San Ginés Bahillo^a, G.O. Restrepo Castaño^b, C.A. Hernández García^b, F. Martín Codesal^c, J.L. Marroquín^d y A. Boned Ombuena^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Economista Gay. Hospital La Fe. Valencia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Hospital La Fe. Valencia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Economista Gay. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 39 años, sin antecedentes de interés, traída por SAMU desde domicilio, por alteración de comportamiento y agitación de horas de evolución. Ayer tarde había acudido a su ambulatorio por febrícula, cefalea, odinofagia y malestar general desde esa mañana, siendo diagnosticada de infección respiratoria superior con tratamiento antiinflamatorio. A su llegada a urgencias gran agitación y agresividad, siendo necesaria la sujeción mecánica y administración de haloperidol. Sus familiares niegan consumo de tóxicos. Durante su estancia en urgencias el deterioro es rápido y progresivo, disminuyendo el Glasgow hasta hacerse necesaria la intubación y sedación de la paciente. Ante la sospecha de meningitis se realiza TAC y punción lumbar dando resultado positivo para neumococo. A pesar del tratamiento intensivo en UCI con fármacos vasoactivos y antibioterapia de amplio espectro, la paciente fallece durante las 24 horas siguientes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física inicial: constantes estables con regular aspecto general. Afebril. Comportamiento agresivo y gran agitación. Glasgow 15. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino. Extremidades sin edemas con pedios positivos. control 3 horas: Deterioro brusco con Glasgow 3 pupilas midriáticas arreactivas. Gran labilidad tensional. Analítica: glucosa 105 mg/dl, creatinina 0,72 mg/dl, urea 32 mg/dl, PCR 225 mg/l, procalcitonina 4,68 ng/ml, Sodio 139 mEq/l, potasio 3,1 mEq/l, hemoglobina 11,8 g/dl, hematocrito 34,2%, leucocitos $4,39 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $3,39 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $123 \times 10^3/\mu\text{L}$, quick 58%, INR 1,49 gasometría: pH 7,29, pCO₂ 49 mmHg, HCO₃ 23,5 mmol/l, lactato 2,2 mmol/l RX tórax: infiltrado bibasal TAC craneal: normal punción lumbar: Hemorrágico, con $902/\mu\text{L}$ leucocitos, PMN 82%, glucosa 1 mg/dl, proteínas 809 mg/dl GRAM diplococos grampositivos, cultivo positivo a *S. pneumoniae*.

Juicio clínico: Meningitis aguda bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación por drogas, neumonía con sepsis bacteriana, meningitis aguda vírica o bacteriana, encefalitis.

Comentario final: Las meningitis bacterianas agudas espontáneas tienen una incidencia en España de 2 casos por cada millón de habitantes. *S. pneumoniae* es la causa más frecuente de meningitis en adultos > 20 años y niños < 2 años (excepto recién nacidos) siendo la que tiene mayor mortalidad (20%) y la que más secuelas genera (25%). Es necesario tener un alto índice de sospecha ya que la clínica inicial es muy inespecífica. Para su diagnóstico es necesario una punción lumbar donde destaca una intensa hipogluorraquia, hiperproteíorraquia con diplococos grampositivos. El tratamiento antibiótico ha de ser precoz aun sin tener confirmación y de amplio espectro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Flores J, Aristegui J, et al. Prevalence pneumococcal meningitis in Spanish children. *An Esp Pediatr.* 2002;56(1):5-9.
2. González Martínez F, Saavedra Lozano J, et al. Increase in the incidence of invasive pneumococcal disease caused by serotype 19A prior to the implementation of the expanded pneumococcal vaccines. *An Pediatr (Barc).* 2013;79(5):288-92.
3. Harrison. *Principios de Medicina Interna.*