



## 212/3524 - ¿UNA SIMPLE RINOSINUSITIS?

A.M. Chuchón Alva<sup>a</sup>, A.M. Ciocea<sup>a</sup> e I. Cordón Dorado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Suroeste. Ávila. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 31 años con antecedentes personales de rinosinusitis que acude a consulta de Atención Primaria por congestión nasal de dos días de evolución, sin fiebre, cefalea frontal que aumenta al deambular y cede con antiinflamatorios. Debido a sus antecedentes decidimos pautar cefuroxima 500 mg y corticoide nasal. La evolución es tórpida, al quinto día del inicio de los síntomas, presenta 39 °C, malestar general, síntomas neurológicos y hemiparesia derecha. La derivamos a urgencias. Tras su estabilización en UCI ingresa a cargo de Neurología pautándose ceftriaxona 2 g/12h y ampicilina 2 g/4h 21 días. Al mantenerse asintomática durante su ingreso se decide el alta hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** El primer día presenta buen estado general, eupneica, afebril, auscultación cardiopulmonar normal. Dolor a la palpación de senos frontales y maniobra de Valsalva positiva. Exploración neurológica normal. A su llegada a urgencias, presenta 39 °C y 110 lpm, consciente y orientada en persona, pero no en tiempo ni espacio, con tendencia a adoptar una postura fetal con rigidez nucal y signos meníngeos positivos. Analíticamente destaca 16.200 leucocitos/mm<sup>3</sup> con desviación izquierda y PCR de 0,35. En TAC craneal se aprecia cierto grado de tumefacción cerebral, sin objetivar claras alteraciones focales. Tanto el cultivo bacteriano en LCR y en orina fueron negativos. Serología viral negativa. Finalmente, PCR de microorganismos productores de meningitis positivo para *Neisseria meningitidis* serogrupo C.

**Juicio clínico:** Meningitis decapitada por *N. meningitidis* serogrupo C.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis aséptica. Absceso subdural o epidural. Meningitis decapitada.

**Comentario final:** Muchas veces es difícil diferenciar una meningitis bacteriana aguda de una meningitis aséptica si estamos ante una meningitis decapitada por el uso de antibióticos que no fueron suficientes o adecuados para la infección, pero sí evitaron o dificultaron que el microorganismo crezca en el LCR. Debemos seguir un protocolo diagnóstico que incluya, además de las determinaciones clásicas en LCR, técnicas de biología molecular, que detecten microorganismos menos frecuentes en nuestro medio.

### Bibliografía

1. Oteo JA. Acute aseptic meningitis. Many causes to consider. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.

2012;30:359-60.

2. Farazmand P, Woolley PD, Kinghorn GR. Mollaret's meningitis and herpes simplex virus type 2 infections. *Int J STD AIDS*. 2011;22:306-7.

**Palabras clave:** *Rinosinusitis. Meningitis. Decapitada.*