



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3238 - Doctor, me orino por las noches

A. Linares Ruiz<sup>a</sup>, M. Rojas Hernández<sup>a</sup>, D. Zalama Sánchez<sup>a</sup>, E.M. Romero Rodríguez<sup>b</sup>, P. Travieso Blanco<sup>c</sup>, C. Galán Requena<sup>d</sup>, S. Rodríguez Concheso<sup>e</sup>, F.J. Campillo Tomaino<sup>e</sup>, L. Alonso Allende<sup>e</sup> y J.A. Esteves Baldo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sarriguren. Pamplona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente 22 años que comienza con un cuadro de cefalea holocraneal, con fiebre termometrada de 39 °C, náuseas y vómitos asociados. En los días siguientes realizó tratamiento con antitérmicos y antieméticos, con mejoría de los síntomas y disminución de la intensidad de la cefalea. Posteriormente sufre un cuadro sincopal siendo evaluado en el servicio de Urgencias, con realización de TAC cerebral, que fue normal y punción lumbar, patológica, ingresando en la unidad de Neurología bajo tratamiento antibiótico y antivírico endovenosos. En las 24 horas siguientes, el paciente sufrió deterioro progresivo, con agitación psicomotriz, cuadro delirante ocupacional y mioclonías generalizadas, motivo por el que es trasladado a UCI, permaneciendo allí 18 días. Durante la estancia en UCI, requirió de sondaje urinario que precisó valoración por Urología por presentar retención urinaria aguda al ser retirada la sonda, demostrándose en estudios urodinámicos vejiga hiporrefléxica, e indicándose mantenimiento del sondaje. Tras el alta, a la revisión con su MAP, refiere episodios de incontinencia urinaria e impotencia sexual desde lo ocurrido.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. Campimetría, FO, Romberg y marcha, sensibilidad superficial y profunda y reflejos: sin alteración. Sin disimetría D-N y T-R. Punción lumbar: glucosa 43 mg/dl, proteínas 409 mg/dl, leucocitos 197. TAC cerebral: sin alteraciones. RNM sin y con contraste: engrosamiento y captación difusa a nivel supra e infratentorial, más significativo en región infratentorial de distribución perimesencefálico, prepontino, con extensión inferior a nivel del bulbo y medular. No signos de hemorragia. Resto sin alteraciones. RNM. Serología y PCR para sífilis, VIH, Hepatitis A, B y C, borrelia, brucella, CMV, VHS, toxoplasma, rickettsia, legionella y micoplasma, negativos.

**Juicio clínico:** Meningoencefalitis vírica. Vejiga hiporrefléxica. Impotencia sexual.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor cerebral. Meningitis bacteriana. Encefalomiелitis aguda diseminada.

**Comentario final:** El síndrome de meningoencefalitis aguda puede deberse a múltiples causas. El

predominio de signos focales con afectación piramidal o cerebelosa, y sobre todo su asociación a mielitis, ayuda a establecer el diagnóstico correcto.

### **Bibliografía**

1. Farreras; Rozman. Medicina Interna. Elsevier, 2008:1443.

**Palabras clave:** *Meningoencefalitis. Vejiga hiporrefléxica. Impotencia sexual.*