



## 242/1375 - CEFALEA RESISTENTE A ANALGÉSICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Calderón Rodríguez<sup>a</sup>, N. Jiménez del Marco<sup>b</sup> y J. Blanco Román<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Prado del Rey. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ubrique. Cádiz.

<sup>c</sup>Médico de Familia. UGC Jimena de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés, que acude por presentar cuadro de cefalea de 2 días de evolución, tras realizar ejercicio que no cede de manera total con analgesia habitual. No otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Exploración neurológica normal sin focalidad. Meníngeos negativos. Hemodinámicamente estable. Resto de exploración sin interés. Se deriva a Urgencias para tratamiento intravenoso, donde realizan analítica y TAC craneal normales. Ante la persistencia del dolor pese a analgesia, se decide realizar punción lumbar con líquido de aspecto claro y 125 hematíes, así como 250 leucocitos de predominio mononuclear.

**Juicio clínico:** Tras valorar la clínica y las pruebas complementarias se alcanzó el diagnóstico de meningitis linfocitaria aséptica. Ingresó a cargo de Neurología donde se inició tratamiento con aciclovir intravenoso. Serologías de virus neurotrópicos negativas. Evolución favorable, sin fiebre y siendo dado de alta asintomático.

**Diagnóstico diferencial:** Se plantea el diagnóstico diferencial de cefalea de origen infeccioso, hemorragia subaracnoidea o meningitis linfocitaria.

**Comentario final:** La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se debe a la importancia de la anamnesis y de seguir el síntoma guía que nos cuenta el paciente. En este caso en concreto, la cefalea podría parecer algo baladí, pero es necesario dedicarle el tiempo preciso al paciente para indagar en las características de los síntomas. La meningitis aséptica es una patología infrecuente, con una incidencia en torno a 10-20 casos/100.000 habitantes siendo los enterovirus la principal causa, seguida de los virus herpes. Los síntomas suelen ser fiebre y síntomas neurológicos como cefalea y rigidez de nuca, con pleocitosis linfocitaria, proteínas normales y aspecto claro del líquido cefalorraquídeo. El tratamiento variará en función del germen que produzca la enfermedad.

### Bibliografía

1. Ihekweba UK, Kudesia G, McKendrick MW. Clinical features of viral meningitis in adults: significant differences in cerebrospinal fluid findings among herpes simplex virus, varicella zoster virus, and enterovirus infections; Clin Infect Dis. 2008;47:783-9.

2. Nowak DA, Boehmer R, Fuchs HH. A retrospective clinical, laboratory and outcome analysis in 43 cases of acute aseptic meningitis; Eur J Neurol. 2003;10:271-80.

**Palabras clave:** Meningitis. Fiebre. Atención primaria.