



242/3186 - FIEBRE Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA, CLAVE EN LAS INFECCIONES DEL SNC

P. Martín Marcuartu^a, J. Zampaña Quintero^b, M. Real Campaña^c, C. Martín Mañero^a, A. Puertas Rodríguez^d y T. Martín Acedo^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años sin RAMc, exfumador. Diabético, dislipémico e hipertenso. FA desde 2011 en tratamiento con AAS, enfermedad renal crónica en estudio por Nefrología con sospecha de enfermedad glomerular. Acude al S. Urgencias por tercera vez presentando clínica neurológica inespecífica consistente en cambios del comportamiento, desorientación temporoespacial y discurso incoherente junto con fiebre tras TCE asociado a síncope. La semana anterior cuadro de infección dental tratada con ATB. Los dos días anteriores había consultado por el mismo motivo, realizándose en ambas ocasiones analítica de sangre y orina y TAC craneal con resultado normal.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con BEG, consciente, muy desorientado y poco colaborador, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. TA 179/88, FC 104, SatO₂ 97%, T^a 38 °C. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos. Glasgow 15/15, PINRLA, pares craneales normales, incapaz de mantener una conversación coherente ni nominar objetos habituales (reloj, bolígrafo). Fuerza y sensibilidad conservada en los 4 miembros, ROT normales. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. MMII con signos de insuficiencia venosa superficial. Analítica sanguínea con datos de insuficiencia renal crónica sin elevación de RFA y orina con datos de microproteinuria y hematuria, sin infección. TAC craneal: signos sugestivos de higroma subdural bilateral. Lesiones isquémicas antiguas. LCR: leucorraquia con 95% mononucleares, leve glucorraquia, importante proteinorraquia, elevación de LDH y ADA. Paciente queda ingresado a cargo del servicio de Enfermedades Infecciosas.

Juicio clínico: TCE. Higroma subdural bilateral. Síndrome febril. Meningitis linfocitaria a filiar.

Diagnóstico diferencial: ACV, meningitis, encefalitis, hemorragia cerebral.

Comentario final: El higroma subdural es un hallazgo infrecuente que consiste en un acúmulo de LCR entre el parénquima cerebral y la duramadre que puede acontecer tras un TCE. Las infecciones del SNC pueden desarrollarse tras infecciones frecuentes que atendemos en AP tales como

faringitis, otitis o infecciones dentarias, lo que nos obliga a realizar un seguimiento del paciente con dichas afecciones y detectar posibles complicaciones más graves. También destacar la importancia en la atención del paciente de síntomas neurológicos acompañados de fiebre, a pesar de no elevación de RFA en sangre, con necesidad de pruebas adicionales tales como punción lumbar.

Bibliografía

1. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.

Palabras clave: Efusión subdural. Meningitis. Lesión cerebral.