



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2010 - FOCALIDAD NEUROLÓGICA Y FIEBRE. PIENSA MAL Y NO SE TE PASARÁ

M. Rodríguez Carrasco<sup>a</sup>, S. García de Francisco<sup>b</sup>, A. García García<sup>c</sup>, S. Duce Tello<sup>b</sup>, L. Heras Martín<sup>a</sup> e I. Salvador Salvador<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años, hipertensa, y con antecedente de adenocarcinoma uterino intervenido hace 2 años. Acude a servicio de urgencias por cuadro de tos productiva, con autoescucha de sibilancias de 1 semana de evolución. En las últimas 24 horas asocia fiebre, sensación de embotamiento mental y bradipsiquia. La familia que la acompaña refiere “encontrarla rara”, disártrica con comportamiento extraño y reacciones inapropiadas. No cefalea. No alteraciones sensitivo-motoras ni otra clínica acompañante. Antes del conocimiento de los resultados de pruebas iniciales, la paciente comienza con empeoramiento progresivo del nivel de conciencia, por lo que se cubre foco meníngeo y respiratorio con Ceftriaxona y Vancomicina y se comenta con Servicio de UCI.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 38,2 °C, TA: 146/84 mmHg, FC: 92 lpm, SatO<sub>2</sub>: 95%. Consciente y orientada, inatenta. Bradipsiquia. Respuestas inapropiadas frente a preguntas sencillas. Acalculia. No alteración sensitivo-motora. No rigidez nuchal. Analítica: PCR 33, leucocitosis 15.000 con neutrofilia, Na 126. Rx tórax y TC sin alteraciones. PL. Bioquímica: leucocitos 13.801, PMN 85%, glucosa 8 mg/dl, proteínas: 4,63 g/l. Microbiología: Neisseria meningitidis.

**Juicio clínico:** Meningitis meningocócica.

**Diagnóstico diferencial:** Meningoencefalitis aguda. Neumonía atípica con hiponatremia sintomática asociada. Posible SIADH secundario.

**Comentario final:** Dada la mortalidad y la tasa de secuelas neurológicas cercana al 30% en la meningitis aguda bacteriana, siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad asociada a infección, el tratamiento antibiótico no debe demorarse más de 30 minutos desde el inicio del diagnóstico de presunción. Es importante que ante un cuadro de localización neurológica y fiebre tengamos siempre en cuenta este diagnóstico, por las repercusiones que puede acarrear demorar el tratamiento inicial.

### Bibliografía

1. Fernández Ruiz M, Morales Cartagena C. Infecciones del Sistema Nervioso Central. Manual de Urgencias 12 de Octubre, 7ª ed..
2. Apicella M. Treatment and prevention of meningococcal infection. UptoDate, 2017.
3. Gardner P. Clinical practice. Prevention of meningococcal disease. N Engl J Med. 2006;355:1466.

**Palabras clave:** Meningitis. Neisseria meningitidis.