



242/3671 - UN SÍNDROME CONFUSIONAL MUY CONFUSO

N. Moya Quesada^a, M. Molina Gracia^b, E. Serrano Cabrera^c, M. Gómez Domínguez^a, Á. Bonilla Álvarez^d y M. Orellana Beltrán^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. UGC Bajo Andarax. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, sucesivas consultas a AP por migraña de larga data. AIT en octubre de 2016. Sin otros antecedentes ni medicación habitual. Recibimos aviso en el Centro de salud, refieren que el paciente iba conduciendo cuando de forma brusca para en una gasolinera, bajándose del vehículo y mostrando agitación psicomotriz y cuadro confusional. A nuestra llegada y tras la agitación del paciente decidimos traslado a hospital. El tratamiento fue midazolam intranasal, haloperidol intramuscular, requiriendo además clorazepato dipotásico.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra llegada el paciente se encuentra consciente aunque somnoliento. Apertura ocular con llamada verbal. No obedece órdenes sencillas. Reiterativo en el lenguaje: "no sé nada". Neurológica: pupilas medias poco reactivas. MOEC conservados. Fuerza conservada en todos los miembros. Resto anodino. Se trasladó a urgencias hospitalarias donde se solicitó analítica, triaje a tóxicos en orina, Rx tórax y TAC craneal. Todas las pruebas complementarias normales. Ante la persistencia de agitación se decide punción lumbar. En ésta aparecen glucorraquia, proteinorraquia, leucocitos de predominio linfocitario. Se solicitan serologías. Ingreso en Neurología.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo secundario a encefalitis.

Diagnóstico diferencial: Consumo de drogas, fármacos o veneno; alteraciones endocrinometabólicas, infecciones sistémicas, ictus o hemorragia, neoplasia cerebral.

Comentario final: En un primer momento se barajó la posibilidad de encefalitis infecciosa, autoinmune o incluso una pseudomigraña con pleocitosis. Finalmente en el resultado de la serología se vio que el paciente era VIH positivo. La microbiología del LCR fue negativa. El diagnóstico definitivo fue el de encefalitis secundaria a primoinfección por VIH. La infección aguda por el VIH cursa de forma sintomática entre el 25 y el 75% de los casos y generalmente aparece en forma de un cuadro que recuerda a la mononucleosis infecciosa; común fiebre y la cefalea. El debut de este cuadro no es común con lo que el diagnóstico de sospecha se hace altamente dificultoso.

Bibliografía

1. Kupila L, Vuorinen T, Vainionpää R, et al. Etiology of aseptic meningitis and encephalitis in an adult population. *Neurology*. 2006;66:75.
2. Connolly KJ, Hammer SM. The acute aseptic meningitis syndrome. *Infect Dis Clin North Am*. 1990;4:599.
3. Meyer HM Jr, Johnson RT, Crawford IP, et al. Central nervous system syndromes of "vital" etiology. A study of 713 cases. *Am J Med*. 1960;29:334.

Palabras clave: Encefalitis. Primoinfección VIH. Cefalea.