



242/571 - UNA ITU CON SORPRESA

M. Pernía Suárez, R. Martín Armas, R. García Arencibia e I. Sánchez García

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento domiciliario, trabajador de hostelería; acude al servicio de Urgencias de su Centro de Salud por fiebre y decaimiento general, tras positividad en tira de orina reactiva y sin hallar otro foco infeccioso compatible, se le da alta bajo el diagnóstico de infección urinaria, pautándole ciprofloxacino. Horas más tarde vuelve a acudir por presentar en domicilio síndrome confusional y cefalea intensa. Ante el empeoramiento clínico y comienzo de manifestaciones neurológicas junto a rigidez nuchal, se deriva el paciente al Hospital para descartar infección del sistema nervioso central.

Exploración y pruebas complementarias: En una primera valoración en el SUH, el paciente presenta buen estado general, consciente y orientado, en la exploración por aparatos no se encuentran signos destacables salvo una discreta rigidez nuchal, Glasgow 15, resto de exploración neurológica normal. Hemograma: leucocitosis 21.900/ μ L, neutrófilos 95%. Coagulación: normal. Bioquímica: PCR 52,18 mg/dl, procalcitonina 4,1, lactato 1,36 mM/L. Gasometría arterial: normal. Estudio LCR: aspecto turbio, 1.330 leucocitos/ mm^3 , 80% PMN, glucosa 0 mg/dl, proteínas 334 mg/dl, lactato 18 mM/L. Tinción de Gram: diplococos gramnegativos. Aislamiento: Neisseria meningitidis multisensible. TC y RNM cerebral: sin lesiones ni alteraciones objetivadas. TC peñascos: sin hallazgos patológicos. Audiometría: hipoacusia neurosensorial bilateral simétrica del 70%. En una segunda valoración empeoramiento clínico con Glasgow 9, decidiéndose ingreso en UMI. Tras ser dado de alta en UMI, el paciente ingresa a cargo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas; recuperación completa salvo hipoacusia bilateral severa simétrica a pesar de tratamiento corticoideo.

Juicio clínico: Meningitis meningocócica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis agudas: víricas, otras bacterianas, encefalitis.

Comentario final: La meningitis meningocócica es una enfermedad que puede presentar inicialmente síntomas sutiles e inespecíficos que dificultan su diagnóstico precoz, aumentando la tasa de complicaciones y morbimortalidad; de ahí la trascendencia de la sospecha clínica y confirmación de un posible origen bacteriano en una meningitis aguda, hecho que continúa siendo un reto.

Bibliografía

1. Delsors Mérida-Nicolich E, Ruiz de Aguirre Maneiro S. ¿Tiene el paciente una Meningitis? AMF. 2013;9:24-7.
2. Piqueras Martínez A, Sánchez Maganto E, Martín Sánchez F, Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4^a ed. Toledo: SEMES, 2014:745-53.

Palabras clave: Meningitis. Meningococo. Hipoacusia.